

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра теории и методики обучения лиц с ограниченными
возможностями здоровья

**Система коррекционной работы по предупреждению агрессивного
поведения у дошкольников с расстройствами аутистического спектра
средствами арт-терапии и АВА-терапии**

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль «Специальная дошкольная педагогика и психология»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. Кафедрой
д.филол.н., профессор А. В. Кубасов

_____ дата

_____ подпись

Исполнитель:
Лопатина Мария Сергеевна,
Обучающийся СДПП-1501
группы
очного отделения

_____ подпись

Научный руководитель:
Кубасов Александр Васильевич,
д.филол.н., профессор
кафедры теории и методики
обучения лиц с ограниченными
возможностями здоровья

_____ подпись

Екатеринбург 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	6
1.1. Виды и классификации аутизма.....	6
1.1.1. Особенности диагностики дошкольников с РАС.....	19
1.1.2. Подходы к коррекции аутизма в современном мире.....	22
1.2. Агрессия как явление.....	34
1.2.1. Особенности агрессивного поведения у дошкольников с РАС.....	39
1.3. Арт-терапия и особенности её применения в работе с дошкольниками с РАС.....	42
1.4. АВА-терапия и особенности её применения в работе с детьми с РАС....	53
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	66
2.1. Описание диагностического инструментария для определения уровня агрессивности у дошкольников с РАС.....	66
2.2. Психолого-педагогическая характеристика обучающихся.....	69
2.3. Система коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения дошкольников с РАС на основании результатов диагностики ...	73
ГЛАВА 3. ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ.....	82
3.1. Анализ результатов исследования.....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	85
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	88
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	10
	7

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства аутистического спектра (далее РАС) в настоящее время все чаще рассматриваются как психолого-педагогическая проблема. Научные исследования В. М. Башиной (1993) [3], К. С. Лебединской, О. С. Никольской (1991) [22], В. В. Лебединского, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинга (1990) [24], [27] и др. показывают, что это особый тип нарушения психического развития, возникающий на основе биологической дефицитарности нервной системы [33]. По международной классификации (1994) [31] аутизм относится к первазивным нарушениям, охватывающим все стороны психического развития ребенка.

Комплексная медико-психолого-педагогическая помощь обучающимся с РАС предполагает более полноценную социализацию обучающегося. Одной из самых важных задач педагога является формирование конкретных средств коммуникации и социальной адаптации, навыков, позволяющих обучающемуся с РАС органично войти в его социальное окружение.

Разнообразная и яркая картина аффективных проблем и вторичных защитных установок таких детей: уход от контакта, негативизм, стереотипность, страхи, проявления агрессии и самоагрессии часто скрывают за собой наличие выраженных трудностей в освоении этими детьми адекватных форм социального поведения. Довольно поздно и с большим трудом складываются самые элементарные навыки повседневной жизни, приобретенные умения ребёнок часто не может переносить в другие условия, либо переносит лишь благодаря побуждениям со стороны взрослого. Дошкольник демонстрирует неумение без помощи других использовать существующие у него знания и умения.

Известно, что с возрастом, по мере сглаживания проявлений аутизма, все более явной становится именно неприспособленность ребёнка даже к

повседневной жизни. Особая социальная наивность начинает проявляться у таких детей в подростковом и сохраняется во взрослом возрасте.

РАС объединяют детей с различным уровнем психического развития: с тяжелым нарушением умственного развития (с мутизмом, с IQ ниже 70) и с так называемыми «блестящими» речевыми и интеллектуальными способностями. Общими для всех детей с РАС являются нарушения социальной адаптации, трудности усвоения социальных норм и правил и в целом установление коммуникации с другими людьми. Для преодоления этих трудностей организуется профессиональная психолого-педагогическая помощь ребёнку и его семье. С одной стороны, она расширяет представления членов семьи о специфике поведения и нарушения ребёнка, учит их более осознанному отношению, обучает навыкам взаимодействия с ребёнком. С другой стороны – помогает ребёнку в социально-бытовой адаптации, даёт возможность для самореализации и овладения навыками самостоятельной жизни.

Известно, что существует большой опыт разрешения подобных проблем, накопленный прежде всего в зарубежной, а также и в отечественной психологии и педагогике.

В первую очередь это прикладной анализ поведения (или АВА-терапия). Метод оперантного обучения, заключающийся в системе поощрений и наказаний с целью получения желаемого результата. В настоящий момент теория сильно продвинулась вперёд и отчасти видоизменилась.

Также эффективным средством коррекции аутизма считается арт-терапия. Особенность этого метода и главное отличие его от обычных занятий рисования в том, что искусство не является самоцелью, оно лишь средство, которое помогает лучше понять себя. Цель занятий не научить ребенка рисовать или лепить, а помочь средствами искусства справиться с проблемами, вызывающими у него негативные эмоции, которые зачастую он не может вербализовать, и дать выход творческой энергии. На сегодняшний

день это одна из наиболее мягких, «плавных» методик вхождения в контакт с ребёнком и коррекции агрессивности.

Объект исследования – агрессивное поведение детей с РАС.

Предмет исследования – система коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения у дошкольников с РАС.

Цель исследования – разработать систему коррекции по предупреждению агрессивного поведения у дошкольников с РАС средствами арт-терапевтических и АВА-терапевтических приемов.

Задачи:

1. Провести анализ проблемы аутизма в современном мире.
2. Изучить особенности применения арт-терапии и АВА-терапии в работе по предупреждению агрессивного поведения детей с РАС.
3. Изучить особенности агрессивного поведения у дошкольников с РАС.
4. Подобрать методики для психолого-педагогической диагностики дошкольников с РАС.
5. Разработать систему занятий по предупреждению и коррекции агрессивного поведения у дошкольников с РАС средствами арт-терапии и АВА-терапии.
6. Сделать выводы по результатам исследования и оценить эффективность применения арт-терапии и АВА-терапии в системе коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения у дошкольников с РАС.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Виды, классификации аутизма

Впервые термин «аутизм» (от греч. autos – сам) ввел в 1912 году Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности [5].

В 1943 г. Л. Каннер первым формулирует и приводит триаду симптомов и называет выделенный синдром – ранний детский аутизм (РДА) [53].

Вслед за Л. Каннером этот же синдром описывают немецкий психиатр Г. Аспергер в 1944 г., и российский психиатр С. С. Мнухин в 1947 [9].

В настоящее время существует несколько теорий о причинах возникновения аутизма. Известно, что аутизм имеет биологические причины, но определить их точно пока не удалось. Возможно, дело не в том, как устроен мозг, а в том, как связаны его части. Предполагается, что в основе аутизма лежат генетические факторы. Но вряд ли можно найти конкретные гены, ответственные за аутизм – скорее всего это целая система взаимодействия генов, приводящее к разным формам расстройства [52].

Нарушения психического развития при детском аутизме являются множественными, всепроникающими. Характерной чертой психического развития при аутизме является противоречивость, неоднозначность его проявлений. Аутичный ребенок может проявить себя как человек с нарушением интеллекта или высокоинтеллектуальным, парциально одаренным в какой-то области (музыка, математика), но при этом не имеющим простейших бытовых и социальных навыков.

Как своеобразный компромисс между теорией и практикой возник термин «расстройство аутистического спектра», объединяющий все варианты аутистических расстройств. В настоящее время в группу РАС принято включать разные клинические группы.

Расстройства аутистического спектра – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Е. Р. Баенская и М. М. Либлинг к наиболее явным чертам относят следующие:

1. Нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
2. Стереотипность в поведении, которая проявляется, как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших изменений;
3. Особенности речевого развития: мутизм, эхолалии. Речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи 1-го лица, нарушающие возможность коммуникации.

В соответствии с уровнями и наблюдением за симптомами при аутизме, О. С. Никольской и соавторами в 1985 - 1987 гг. были выделены четыре основные группы детей с расстройствами аутистического спектра [33]:

Основными критериями деления выбраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

Дети первой группы характеризуются отрешённостью от внешней среды, второй – её отвержением, третьей – замещением, четвёртой – сверхтормозимостью ребенка окружающей его средой.

Дети этих групп имеют различия по силе и особенностям первичных, вторичных и третичных расстройств, в том числе сверхкомпенсаторных механизмов.

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелым поражением психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Речь характеризуется мутизмом, довольно часто присутствуют нечленораздельные, аффективно акцентуированные словосочетания. Главной и наиболее тяжелой особенностью данной категории детей является отсутствие потребности в контактах и элементарном общении с людьми, вследствие чего у детей не формируются навыки социального поведения. Также у детей отсутствуют активные формы аффективной защиты от окружающего, стереотипии и необходимость поддерживать постоянство окружающего пространства. Бездеятельность, безынициативность и незаинтересованность в окружающем мире приводит к беспомощности и препятствуют формированию навыков самообслуживания.

Данная категория наиболее близка к шизофрении, часто присутствует осложнение в виде органического поражения головного мозга.

Дети, относящиеся к этой группе, имеют самый тяжелый прогноз развития, им необходима постоянная помощь. При усиленной помощи педагогов и психологов такие дети могут освоить простейшие навыки самообслуживания, а также письмо, элементарный счёт и чтение про себя. Но даже при условии освоения всех этих навыков, большой трудностью для детей данной категории останется социальная адаптация, пусть даже в условиях семьи.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего. Активными способами борьбы с тревогой и фобиями являются аутостимуляции, которые достигаются за счёт множественных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Эти действия повышают психологический тонус, помогают снять эмоциональное напряжение и доставляют положительные эмоциональные и/или сенсорные ощущения.

Такие дети, как правило, выглядят своеобразно за счёт импульсивных движений, определённой интонации речи, стереотипности, а также гримасам. Они с трудом идут на контакт, часто молчат или могут что-то шептать. Всему вышесказанному часто противоречит осмысленный взгляд. Реакции на внешний мир у таких детей часто стереотипны, формируются спонтанно. Однако можно пронаблюдать особую, «симбиотическую», связь с матерью, которая хоть и является примитивным проявлением привязанности, вызывает необходимость постоянного присутствия последней в поле зрения ребёнка.

Нозологически, дети этой группы ближе всего к проявлениям шизофрении.

Дети данной группы при своевременной и успешной психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети III группы с аутистическим замещением окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего фобиям. Их механизмы аффективной защиты более сложные, выражаются в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазий с агрессивным подтекстом, которые ребёнок может спонтанно разыгрывать для снятия тревоги или пугающих переживаний. Внешне их поведение ближе к психопатоподобному. Обладают развёрнутой речью, более высоким уровнем когнитивного развития. Зависимость от матери проявляется в меньшей степени, нет потребности в опеке и примитивном тактильном контакте. Слабо развита эмпатия и способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь нельзя исключить вариант самостоятельной дизонтогении.

Дети данной категории могут быть подготовлены к массовой школе при своевременной и интенсивной коррекционной помощи.

Дети IV группы характеризуются сверхтормозимостью. Они имеют меньшее количество механизмов аутостимуляции, меньшую патологию аффективной сферы. Главной их особенностью является чрезмерная тормозимость, а также другие проявления неврозоподобных расстройств: робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Защитные механизмы чаще носят адекватный компенсаторный характер, при неудачном контакте с ровесниками такой ребёнок активно ищет защиты у родных. Эти дети активно усваивают поведенческие штампы, стараются соответствовать требованиям общества, быть «правильными». Связь с матерью характеризуется эмоциональным симбиозом, сильной аффективной зависимостью.

Психический дизонтогенез данной категории наиболее соответствует особой задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто проявляют парциальную одаренность.

Нозологически детей IV группы следует разделять между вариантом синдрома Каннера как самостоятельной аномалией развития, реже – синдромом Аспергера как шизоидной психопатией.

Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев – обучаться в ней без предварительной специальной подготовки.

Выделенные клинико-психологические варианты аутизма отражают различные патогенетические механизмы формирования этой аномалии развития, разную степень интенсивности и экстенсивности патогенного фактора, разный характер генетического патогенного комплекса, особенности организма ребёнка [22]. Существует вероятность перехода выделенных вариантов друг в друга. Это движение может быть в сторону ухудшения при изменении окружающей ребёнка действительности, различных заболеваниях или психотравмирующих ситуациях, либо

улучшения, что может быть вызвано эффективной психолого-педагогической и медицинской помощью или спонтанно.

В МКБ-10 детский аутизм входит в рубрику «Общие расстройства развития» (F84), являясь частью раздела «Нарушения психологического развития» (рубрики F80—F89) [31].

Здесь выделяются следующие формы общих расстройств развития:

F84.0 Детский аутизм (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм; инфантильный психоз; синдром Каннера).

Проявляется аномалиями развития у детей до 3 лет, отклонениями в следующих сферах: социальное взаимодействие, общение и поведение. Поведение ребенка стереотипно, ограничено и монотонно. Клиническую картину дополняют расстройства сна, приема пищи, агрессия, множественные страхи.

F84.1 Атипичный аутизм (атипичный детский психоз; умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами).

Клиническая картина атипичного аутизма характеризуется отсутствием одного из критерия из классической триады аутизма (нарушение социального взаимодействия, общения и поведения). Как правило, сопровождается глубокой задержкой умственного развития.

F84.2 Синдром Ретта.

Данный вариант аутизма встречается только у девочек. Психомоторное развитие характеризуется частичной или полной утратой речи, навыков пользования руками, замедлением роста. Все эти нарушения выявляются в возрасте от 7 до 24 месяцев. Несмотря на то, что социальное развитие приостановлено, интерес к общению сохраняется. Также данный синдром сопровождается тяжелой умственной отсталостью.

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (дезинтегративный психоз; синдром Геллера; детская деменция; симбиотический психоз).

До появления первых признаков расстройства психомоторное развитие соответствует норме. Однако вскоре после начала заболевания отмечается потеря всех приобретенных навыков. При этом теряется интерес к окружающему миру, поведение становится стереотипным и монотонным. Расстройства отмечаются в сфере социального взаимодействия, общении, интеллектуальном развитии.

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

Встречается у детей, интеллект которых ниже 50 IQ. Они проявляют гиперактивное и стереотипное поведение, снижение понимания обращенной к ним речи. Дети с гиперактивным расстройством и стереотипными движениями плохо реагируют на медикаментозную терапию.

F84.5 Синдром Аспергера (аутистическая психопатия; шизоидное расстройство детского возраста).

Для синдрома не характерна остановка в психоречевом развитии (что наблюдается при детском аутизме). Особенности проявляются в неуклюжести, стереотипности в занятиях, интересах. В раннем возрасте могут быть психотические эпизоды.

Биологическая недостаточность создает особые патологические условия, в которых живет, развивается и приспосабливается аутичный ребенок. Со дня рождения проявляется сочетание двух факторов: *нарушение возможности активно взаимодействовать со средой и снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром.*

Первый фактор проявляется в снижении жизненного тонуса, трудностях реализации активных взаимоотношений с миром. Первоначально это может проявиться как общая вялость ребенка, который никого не беспокоит, не требует к себе внимания, не просит есть или сменить пеленку. У детей нет любопытства, интереса к новому, они не исследуют окружающую среду, трудности при попытке целенаправленно сосредоточить внимание, произвольно организовывать поведение.

Второй фактор выражается в гиперчувствительности, причём не только на привычные сенсорные раздражители: звук, свет, цвет или прикосновение, но и при взаимодействии с другим человеком. Дети с РАС очень ранимы, надолго «застревают» в неприятных впечатлениях. Имеется целая система страхов, запретов, ограничений [10].

У ребёнка с аутизмом слабо развивается ориентировочно-исследовательская деятельность ввиду нарушения активности. Стереотипии помогают таким детям избежать трудностей, без которых, однако, невозможно получить новый жизненный опыт. Они поддерживают психический тонус ребёнка, снижают уровень тревожности, вместе с тем приводя к вторичной сенсорной и эмоциональной депривации. Отсюда можно сделать вывод, что стереотипные аутостимуляции будут усиливаться, когда ребёнок чувствует угрозу, страх, хотя взрослым со стороны может казаться, что переживания безосновательны.

В качестве базовых поведенческих проблем детей с РАС принято рассматривать фобии, агрессию, самоагрессию, влечения, непреодолимые стереотипности и др. [32].

Особенно важная правильная реакция близких на проблемы в поведении (особенно на ранних этапах его становления), так как неадекватное восприятие неуместного поведения ребёнка может привести к его закреплению, усилению, а также к появлению новых поведенческих особенностей.

Психологический анализ историй болезни, данные бесед с родителями, собственные наблюдения за поведением детей позволили А. С. Спиваковской составить представление об особенностях развития детей, принявших участие в организованном исследовании [46].

Младенчество. Статические и двигательные функции развиваются своевременно. Первые «странности», что замечали родители – чрезмерные реакции на сенсорные стимулы. Наблюдалась непоследовательность в реакциях на световые, звуковые, тактильные раздражители, а также усиление

реакции на новые раздражители. Следует отметить, что для реакции каждого ребёнка на разные раздражители могут быть более или менее выраженными: некоторых детей больше привлекает яркий свет/громкий звук и т. д., то есть усиленные раздражители; некоторых наоборот – только слабые по силе (тихий звук, приглушенный свет).

У таких детей из-за повышенной чувствительности могут легко формироваться фобии, реакции испуга на привычные нам раздражители (например, бытовые приборы).

Начальный этап социализации ребёнка называется «комплексом оживления», который формируется в норме к 2,5 месяцам, выражается в реакции ребёнка на взрослого – улыбкой, фиксацией взгляда на лице, двигательные реакции на голос и улыбку взрослого. У детей с аутизмом чаще всего этот этап не выражен. Их родители часто отмечают, что ребёнок не фиксирует взгляд на лице, не реагирует на голос, отсутствует ответная улыбка. При этом проявления комплекса могли появляться во время отсутствия взрослого в поле зрения ребёнка, и были направлены на различные предметы мебели, интерьера.

Не наблюдалось усиление социальных реакций на взрослого и по мере взросления ребёнка – дети не принимали соответствующей позы, когда их брали на руки, не прижимались к взрослому, в целом были пассивны и не заинтересованы в социальных контактах.

Специфические особенности ребёнка становились более заметны во второй половине первого года жизни. Здесь уже можно разделить детей на два типа: пассивные и гиперактивные. Пассивные дети мало заинтересованы во внешнем мире, не стараются завладеть новыми игрушками, быстро утомляются, вялые. Дети с проявлениями гиперактивности часто стремились схватить любые попадающие в поле зрения предметы, при этом не изучая их последовательно, были расторможены, склонны к формированию стереотипных движений. Со стороны может казаться странным, как ребёнок подолгу держит руки перед глазами, перебирает пальцами, часто трясёт ими.

Как правило, первые слова у таких детей появлялись довольно рано – в 7-8 месяцев.

Раннее детство. Главным новообразованием этого периода становятся действия с предметами, усваиваются общественно выработанные способы их употребления. Высока значимость ориентировочной деятельности, направленной на узнавание функциональных свойств у предметов. В противовес нормативным формированиям, у детей с РАС деятельность оставалась скорее предметной, чем функциональной. Больше интереса вызывали, например, не функции двери, а звук того, как она открывается и закрывается, и так далее.

При всей безучастности к окружающему миру, дети с РАС, в силу их гиперчувствительности, очень болезненно реагировали на любые изменения в окружающем пространстве, будь то новая одежда на матери, перестановка к комнате или убранная с полки игрушка. Это явление в литературе получило название «феномена тождества». Часто дети с РАС проявляют избирательность – в одежде, пище (причём, это может быть избирательность по цвету, форме, вкусу). Родителям необходимо прилагать большие усилия, чтобы уговорить ребёнка переодеться или попробовать новое блюдо.

При формировании навыком самообслуживания у детей с РАС часто проявляется иждивенческая позиция – даже овладев необходимыми навыками, они отказываются их применять, предпочитая, чтобы за них это делали взрослые.

С двух лет у большинства детей появлялась фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Однако остаётся большое количество не говорящих или мало говорящих детей, которые не стремятся использовать речь для установления социальных контактов. Тем не менее, эти дети могут обнаруживать богатую развернутую речь, рассказывать истории, читать стихи, когда остаются наедине с собой. Отдельно выделяется группа детей, чьи родители в этот период отмечали необычайную многоречивость. Она выражалась в желании детей комментировать все происходящие события,

называть предметы и оценивать действия. Такая говорливость характеризовалась, по определению О. П. Юрьевой (1972), «потерей чувства собеседника» [10]. Это означает, что ребёнок, несмотря на свою многоречивость, не мог ответить на поставленный вопрос, не вычленял чужие речевые звуки, не сопоставлял свою речь с происходящей ситуацией, то есть не реализовывал главную функцию речи – коммуникативную. Нарушение данной функции проявлялось также в своеобразных голосовых преобразованиях. Страдает и грамматический строй речи. Наиболее часто встречается у детей явление «подмены местоимений». Дети называют себя «ты» или «она», а других людей – «я».

Дошкольный возраст. Здесь отчётливее становятся видны стереотипные увлечения ребёнка. Это могут быть вывески магазинов, телефонные номера, марки машин, архитектурные строения, вид огня или воды, насекомые, ключи и т. д. Необычные увлечения часто сопровождаются неадекватным фантазированием, в котором могут отражаться обрывки фраз, услышанных ребёнком (в том числе радио и телевизионные передачи, мультфильмы), вымышленные или реальные события. Такие фантазии отличаются яркостью, образностью, часто могут приобретать агрессивный характер.

В этот же период многие дети начинали проявлять творческие способности: кто-то хорошо рисовал, кто-то обладал тонким музыкальным слухом.

Наряду с этим, у ребёнка усугублялись нарушения коммуникативной функции речи. Также появлялись «странности речи»: стереотипные речевые штампы, возникал избирательный мутизм, необычное произношение – речевые акценты, необычное изменение интонации, растягивание слов. У некоторых детей усиливались аграмматизмы, возникали эхолалии, неологизмы.

В этот период отмечалось увеличение необъективных фобий, причём даже на те предметы или явления, которые не являлись для ребёнка объективно угрожающими или травмирующими. Дети испытывали

неприязнь, если им случалось испачкать руки, раздражались, когда на одежду попадала вода. Часто появлялись более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

Ярче становились и особенности их эмоциональной сферы: одни дети становились более лабильными, часто плакали из-за грустных мелодий, мультфильмов или сказок. Другие же получали особое удовольствие только от страшных фильмов, историй, где у героев случались неприятности.

Наряду с этим дети оставались безразличны к контактам со взрослыми и сверстниками, могли проявлять холодность или даже жестокость (хотели ударить, укусить, доставить неприятности), что несвойственно детям этого возраста в норме. Окружающие могли расценить таких детей как слепых или глухих, так как они не реагировали на внешнюю действительность. В. Е. Каганом приводится точное выражение: «Ребенок ходит мимо людей ... смотрит сквозь людей...» [16].

Некоторые родители отмечали у своих детей с РАС периодически возникающий интерес к другим детям, но целью такого интереса всегда было желание причинить боль. Чаще всего дети вообще не были заинтересованы в социальных контактах, участии во внутрисемейных мероприятиях, предпочитали этому одиночество.

Младший школьный возраст. Дети с РАС после проведения психолого-педагогической работы могут обучаться в школе по разным программам. Некоторые из них шли в общеобразовательные классы, с некоторыми работа продолжалась только индивидуально. Даже после успешной коррекционной работы, многие дети продолжали вести себя обособленно от коллектива, не заводили друзей. На занятиях часто отвлекались, не заинтересовываясь темой урока. Одни дети уходили в фантазирование, другие просто пассивны. В период начала обучения в школе у детей с РАС отмечался рост фобий, колебания настроения.

Дома дети выполняют задания только под контролем родителей. Быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету.

У аутичных детей учёба в школе не становится ведущей деятельностью, присущей данному возрасту. Они по-прежнему не заинтересованы в активной совместной деятельности со взрослыми.

Часто в младшем школьном возрасте у детей с РАС усиливается интерес к творчеству. Их привязанности могут формироваться на основе заинтересованности в их деятельности, т. е. к тем людям, которые не мешают им заниматься тем, что им нравится. Это говорит об избирательности формирования привязанности.

Патопсихологический эксперимент выявил у детей эмоциональную неадекватность и разлаженность поведения. При соответствующем возрасту уровне обобщений, сохранной и лишь иногда ослабленной способности к усвоению новых знаний обнаружались признаки нарушений мышления, хаотичность ассоциативного процесса, разноплановость и нарушения динамики мышления [45].

Итак, можно сделать вывод, что РАС включает в себя различные синдромы и специфические нарушения, при этом уровень интеллекта может не страдать. И всё же у всех расстройств данного спектра есть нечто общее, что присутствует во всех детях с РАС, но лишь в разной степени. Это повышенная сензитивность, стереотипия поведенческих актов и определённые нарушения в социальном взаимодействии. Кроме того, для таких детей характерно неумение справляться самостоятельно с сильными эмоциями, высокая подверженность стрессовым ситуациям из-за гиперсензитивности. Всё это зачастую приводит к агрессии или аутоагрессии.

1.1.1. Особенности диагностики дошкольников с РАС

При коррекции аутистических проявлений важна ранняя диагностика, от которой зависит правильность построения дальнейшей психолого-педагогической работы. В 1978 году М. Раттером были сформулированы диагностические критерии РАС [40], это:

1. особые глубокие нарушения в социальном развитии, проявляющиеся вне связи с интеллектуальным уровнем;
2. стремление к постоянству, проявляемое как с предметами, сверхпристрастие к объектам окружающей действительности или как сопротивление изменениям среды;
3. проявление патологии в сроки до 48 - месячного возраста.

Трудности применения различных психолого-педагогических методик с детьми, имеющими РАС, обусловлены их избирательностью в общении, особенностями нервно-психического реагирования. Поэтому необходимо собрать как можно более точные анамнестические данные от родителей и ближайшего окружения ребёнка, а также во время наблюдений за различной деятельностью ребёнка.

Распространены случаи постановки неправильного диагноза. Это происходит из-за отсутствия медицинских тестов, невозможности поставить диагноз при кратковременном обследовании, также из-за схожих проявлений аутизма с олигофренией, шизофренией и другими умственными и психическими нарушениями дошкольного и школьного возраста.

Аутизм может встречаться в соединении с другими расстройствами, которые связаны с нарушениями функции мозга, такими как вирусные инфекции, нарушения обмена веществ, отставание в умственном развитии и эпилепсия. Важно различать аутизм и умственные расстройства или шизофрению, так как путаница в диагностировании может привести к несоответствующему и неэффективному лечению. Правильное наблюдение за

ребёнком может показать его возможности в спонтанно возникающих и искусственно созданных ситуациях взаимодействия.

Параметры наблюдения:

1. более приемлемая для ребенка дистанция общения;
2. излюбленные занятия в условиях, когда он предоставлен сам себе;
3. способы обследования предметов;
4. наличие каких-либо стереотипных бытовых навыков;
5. используется ли речь и в каких случаях;
6. поведение в ситуациях дискомфорта, страха.

Без определения доступного для ребенка с РАС уровня взаимодействия невозможно правильно выбрать методику и содержание комплексного коррекционно-развивающего воздействия.

Подход к решению задач восстановления эффективной связи такими детьми может быть выражен следующими правилами:

1. первоначально в контактах с ребенком не должно быть не только давления, нажима, но даже прямого обращения;
2. первые контакты организуются на адекватном для ребенка уровне, которыми он занимается сам;
3. необходимо постепенно разнообразить привычные удовольствия ребенка, усилить их аффективным заражением собственной радости – доказать ребенку, что с человеком лучше, чем без него;
4. работа может быть очень длительной, но ее нельзя форсировать;
5. закреплять потребности ребенка в контакте;
6. необходимо строго дозировать аффективные контакты с ребенком;
7. необходимо помнить, что при достижении аффективной связи с ребенком, смягчении его аутистических установок, он становится более

раним в контактах, и его надо особенно беречь от ситуаций конфликта с близкими людьми.

Во время проведения игровых занятий необходимо расширять вариативность поведения ребёнка, но так, чтобы при этом он чувствовал себя комфортно, сам проявлял интерес.

Необходимо учитывать, что в дошкольном образовательном учреждении педагог-психолог не имеет права ставить диагноз [35]. При подозрении на то, что ребёнок нуждается в особых образовательных условиях, проводится беседа с родителями ребёнка, им даётся рекомендация на посещение детского врача-психиатра. В случае, если родители не согласны посещать врача, работа с ребёнком ведётся по основной образовательной программе.

Однако если родители согласны на дальнейшую работу с ребёнком, педагог может предложить им шкалу оценки аутизма CARS [54].

Шкала CARS представляет собой один из наиболее используемых тестов для определения симптомов аутизма. Исследование проводится родителями на базе наблюдений за ребенком во время его пребывания дома, в кругу родственников, сверстников. Также должны быть включены сведения, полученные от воспитателей и педагогов. Шкала включает в себя 15 категорий, которые описывают все имеющие значение для диагностики области.

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи, доброжелательной и грамотной поддержки окружающих, большая часть детей с РАС в итоге признаются необучаемыми и не адаптируются социально.

В то же время, в результате своевременно начатой работы, возможно преодоление аутистических тенденций, и постепенное вхождение ребенка в социум. В разном темпе, с разной результативностью, но каждый аутичный ребенок может постепенно продвигаться к все более сложному взаимодействию с людьми.

В заключение важно отметить, что диагностика аутизма у дошкольников является сложным процессом, требующим чуткости, грамотности специалиста, а также участия родителей и других близких лиц. Необходимо учитывать специфические особенности каждого ребёнка, тем самым оградив его от лишнего стресса, что также поможет специалисту собрать максимально точные сведения. Также важно помнить, что чем раньше проведена диагностика и начата коррекционная работа, тем скорее и лучше будет результат.

1.1.2. Подходы к коррекции аутизма в современном мире

Аутизм – явление очень сложное, многогранное и противоречивое. Как и в случаях с любыми другими хроническими состояниями, не имеющими определенной природы и причины, от аутизма не существует одной-единственной таблетки или методики, способной гарантировать полное излечение в оговоренные сроки.

Все существующие на сегодняшний день профильные терапевтические методы направлены на повышение коммуникативных возможностей аутичных детей и взрослых, развитие у них необходимых навыков общения, поведения, самообслуживания и т. д.

Успех в борьбе с аутизмом во многом зависит от степени тяжести проявлений этого состояния. Разумеется, сравнительно быстро добиться высоких результатов у ребёнка с легкой формой РАС будет проще, чем у ребёнка из первой или второй группы (по О. С. Никольской) [22]. Но даже вне зависимости от степени аутизма, вероятность наилучшего прогноза в наиболее краткие сроки значительно повышается при ранней постановке диагноза.

Все используемые на сегодняшний день методики лечения и коррекции аутизма можно условно объединить в четыре масштабные категории [25]:

1. поведенческая терапия, корректирующая общение и поведение;
2. медикаментозное лечение;
3. биомедицина;
4. нетрадиционная (альтернативная) медицина.

Методы лечения аутизма, имеющие целью коррекцию поведения аутичного человека в социуме и повышение его коммуникативных возможностей, включают в себя АВА-терапию (прикладной анализ поведения), структурированное обучение ТЕАССН, трудо- или эрготерапию, сенсорную стимуляцию и интеграцию, логопедию, развивающую, игровую и визуальную терапию и др. Каждый из этих терапевтических подходов подбирается индивидуально, а комбинировать можно далеко не все из них. Поведенческая терапия (при условии регулярных занятий и помощи квалифицированных специалистов) практически всегда приносит ощутимые положительные результаты.

Медикаментозное лечение аутизма у детей (терапия лекарственными препаратами) направлено не на избавление от аутизма как такового, а на устранение некоторых сопутствующих ему симптомов, ухудшающих социальную адаптацию – например, гиперактивности, агрессии и/или аутоагрессии, судорожного синдрома, эпилепсии и т. д. Иногда обойтись без медикаментов практически невозможно, однако следует обязательно учитывать все противопоказания, возможные побочные эффекты от препаратов и консультироваться с врачом в каждом отдельном случае.

Биомедицинское лечение аутизма основано на очищении окружающей ребенка среды и его организма от различных вредных веществ. Главное «оружие» этого метода – здоровое питание и некоторые специальные диеты. Такой подход вполне уместен, поскольку атипичной реакцией на многие продукты питания страдает до 75% детей с РАС. Правильно подобранный набор необходимых ребенку витаминов, ферментов, аминокислот,

пробиотиков и минералов вполне способен привести к значительным положительным сдвигам как в физическом состоянии, так и в психическом развитии.

Нетрадиционное лечение аутизма у взрослых и детей представляет собой целый спектр различных альтернативных терапевтических методов от гипноза и иглоукалывания до кранио-сакральной терапии и гомеопатического лечения. Конечно, невозможно полностью избавить подопечного от аутизма при помощи одних только альтернативных методик, однако их можно использовать в составе комплексной терапии как дополнение к другим методам – например, готовить отвары успокоительных лечебных трав для малыша с повышенной двигательной активностью и т. д.

С этой же точки зрения рассматривается и физиотерапия в лечении детей с аутизмом (магнитотерапия, электросон, фотохромотерапия, электрофорез, лазеротерапия и др.): наиболее эффективным будет ее использование в комплексе с прочими программами, в первую очередь – с АВА-терапией.

Далее приведена информация о самых популярных приемах лечения аутизма, входящих в каждую из перечисленных выше категорий.

Коррекция поведения

Применение различных видов поведенческой коррекции позволяет не только избавить ребенка от проявлений нежелательного поведения, но и во многих случаях помочь ему стать практически полноценным членом общества.

Прикладной анализ поведения (ПАВ или АВА-терапия) [50]

Аббревиатура АВА расшифровывается как Applied Behavior Analysis – прикладной анализ поведения. Эта методика представляет собой один из принципов поведенческой терапии, главной целью которого является развитие нужного набора социальных навыков и знаний аутиста, необходимых для его максимально полноценной адаптации в обществе.

Методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции

Из отечественных подходов к коррекции аутизма наиболее известна предложенная К. С. Лебединской и О. С. Никольской *методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции* [33], основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. Теоретической основой метода стала концепция об уровне строения системы эмоциональной регуляции В. В. Лебединского. В отличие от зарубежных методов большое значение отводится комплексности – постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров. Основные усилия направляются на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребенка. Метод достаточно эффективен при работе с относительно легкими формами аутизма, применение же его для случаев с глубокими аутистическими расстройствами представляется весьма проблематичным.

Структурированное обучение ТЕАССН [7]

Программа ТЕАССН была разработана в 1997 г. и до сих пор является одной из весьма популярных практик коррекционно-педагогической методики лечения аутизма. По ней аутичные дети обучаются с помощью невербальной коммуникации с акцентом на визуализацию, для чего применяются различные наглядные пособия.

Новые навыки в процессе обучения развиваются в девяти областях: имитации, восприятия, мелкой и крупной моторики, координации рук и глаз, социальных взаимодействий, речи, познавательной способности и способности к самообслуживанию. Цель структурированного обучения ТЕАССН состоит в том, чтобы помочь пациентам выработать интуитивные и простые повседневные умения, которые в большинстве случаев формируются на основании четких расписаний и зрительных инструкций.

Речевая терапия и логопедия

Одним из распространенных признаков аутизма являются речевые проблемы. Некоторые аутичные дети совсем или почти совсем не используют вербальную коммуникацию, а их речь развивается достаточно

медленно и часто имеет некоторые дефекты (картавость, шепелявость, нарушение грамматики и др.). Помощь речевого терапевта часто позволяет не только улучшить речевую функцию ребенка, но и повысить его психический тонус, развить потребность в вербальном взаимодействии через налаживание и развитие эмоциональных контактов.

Индивидуальные коррекционные программы по логопедии и речевой терапии должны разрабатываться совместно с прочими специалистами (психологом, АВА-терапевтом и др.).

Трудотерапия, эрготерапия или оккупационная терапия

Трудотерапия или терапия занятостью направлена на улучшение моторики и координации движений аутистов, а также помогает задействовать восприятие различной информации через чувства (зрением, слухом, обонянием, осязанием).

Инновационный метод трудотерапии – эрготерапия или оккупационная терапия (occupational therapy). Эрготерапевт помогает аутичному пациенту осваивать действия, необходимые для решения повседневных задач различных уровней: личная гигиена, приготовление еды, покупки в магазине, уход за домашним животным и т. д. Квалифицированные эрготерапевты профессионально ориентируются в областях педагогики, психологии, физической культуры, социологии, что позволяет их подопечным не только наработать необходимые бытовые навыки, но и избавиться от сенсорных расстройств (повышенной или наоборот недостаточной чувствительности к шумам, яркому свету, прикосновениям и т. д.).

Терапия социальных навыков

Данный вид терапии заключается в помощи аутисту создавать и делать более легкими социальные контакты с другими людьми, включая сверстников. Терапевты, практикующие данную методику, обучают детей вести беседу, общаться с новым знакомым, правильно вести себя на прогулке, детской площадке, в магазине – то есть, формируют адекватные социальные навыки.

Развивающая терапия [6]

Развивающая терапия предназначена для повышения социальных, эмоциональных и интеллектуальных возможностей аутистов, а потому ее приемы всегда основываются на индивидуальных особенностях каждого конкретного ребенка.

Особенно популярны следующие три вида развивающей терапии: Son-Rise (обучающая терапия с интерактивными играми в формате «родитель – ребенок»), Floor time (игры, в которых родитель общается с ребенком по схеме, отражающей различные этапы эволюции коммуникации) и Relationship Development Intervention – развитие межличностных/партнерских отношений (метод, развивающий не обычные социальные навыки, а навыки дружеской привязанности).

Игровая терапия

Аутизм, как и некоторые другие состояния, требующие особого терапевтического подхода, можно «лечить игрой». Игра, как наиболее естественное для ребенка состояние, помогает улучшить речевые возможности, коммуникативные способности, социальные навыки. Разработаны специальные сценарии для игр, в процессе которых игровой терапевт может выявить многие проблемы ребенка-аутиста и эффективно помочь ему преодолеть их. Данный метод может быть включен и в другие виды терапии в качестве вспомогательного инструмента.

Арт-терапия [17]

Арт-терапия – это воздействие творчеством. используются такие художественные приёмы как лепка, рисование, музыка, написание сказок и так далее. Существуют такие направления арт-терапии: сказко-терапия, драмо-терапия, библио-терапия, изо-терапия, музыка-терапия, танцевально-двигательная терапия, кино-терапия, кукло-терапия, песочная терапия и т.д.

Данный вид терапевтического воздействия используется как метод самовыражения, способствует раскрытию глубинных и порой неосознаваемых переживаний и процессов человека, а также их

высвобождению. Психологи применяют арт-терапию для уменьшения тревожности клиентов, установления адекватной самооценки, развития творческого воображения. По своему воздействию арт-терапия считается одним из самых мягких и безопасных видов психотерапии. Также он с успехом применяется в коррекционной работе с детьми, имеющими РАС.

С помощью разнообразных изобразительных приёмов дети учатся выражать агрессию и другие условно негативные чувства социально приемлемым способом. Работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом снять напряжение, а также развивает чувство внутреннего контроля, умение упорядочивать цвета и формы.

Визуальная терапия

Данный способ частично перекликается со структурированным обучением ТЕАССН, поскольку тоже предполагает максимально частое использование разнообразных наглядных пособий, иллюстраций, видеоигр и т. д. При помощи видеоизображений налаживается так называемая вспомогательная или альтернативная коммуникация – то есть общение с ребенком способами, удобными ему (в том числе и посредством картинок).

Сенсорная интеграция

Сенсорные навыки – это восприятие различных граней действительности с помощью чувств (зрения, слуха, обоняния, осязания и т. д.). Поскольку аутичные дети самостоятельно обучаются этим навыкам весьма медленно или не обучаются вообще, методика сенсорной стимуляции и интеграции направлена на активацию способности мозга к обработке сенсорной информации.

При помощи данного метода, называемого еще предметотерапией, объединяются все системы восприятия и анализа информации, поступающей от органов чувств, благодаря чему возрастает коммуникативная способность ребенка-аутиста. Наиболее высокие результаты сенсорная интеграция чаще всего дает в комплексе с программами АВА и ТЕАССН.

Пет-терапия или анималотерапия (коррекция с помощью участия животных) [13]

Общение со зверями оказывает благотворное воздействие на аутичных детей – ведь таким образом они получают возможность взаимодействовать с дружелюбным живым существом, но не испытывать при этом стресса как от общения с людьми.

Пет-терапия (анималотерапия, зоотерапия) способствует улучшению коммуникативных навыков и качества сна, а также снижает количество вспышек агрессии и уменьшает головные боли, свойственные многим аутистам. В настоящее время широко применяется пет-терапия с участием дельфинов, лошадей, собак, а иногда и кошек.

Дието-терапия [13]

Биомедицинские методы лечения аутизма, подразумевающие «очистку» организма от вредных веществ и обеспечение организму здорового питания, также включают в себя некоторые специфические диеты.

Как известно, аутизм в большинстве случаев сопровождается нарушением обмена веществ. Данная особенность иногда выражается тем, что в пищеварительном тракте аутичного ребенка неправильно усваиваются белки, глютен и казеин. Глютен, также называемый клейковиной, содержится в различных злаковых продуктах, а казеин входит в состав молока и некоторых молочных продуктов.

По мнению сторонников биомедицины, если у нейротипичных людей глютен и казеин полностью распадаются и усваиваются в процессе пищеварения, то у аутистов они транспортируются в кровь в виде эндорфинов – веществ, по своим свойствам близких к наркотическим. Результатом этого становится странное поведение аутичных людей, неадекватные реакции и прочие проявления аутизма. Соответственно, чтобы уменьшить эти проявления, многие родители применяют для детей диеты БГ, БК и БС – безглютеновую, безказеиновую и безсоевую.

Конечно, сама по себе диета не способна полностью излечить аутизм, однако может помочь наладить обмен веществ.

Медикаментозное лечение [30]

Лекарственные препараты не способны устранить аутизм как таковой, но могут помочь снизить отдельные симптомы: агрессию и аутоагрессию, ОКР, тревожность, гиперактивность и т. д. Кроме того, с помощью медикаментов можно добиться усиления способности к концентрации внимания, победить дисбактериоз и гиповитаминоз, повысить общий иммунитет организма.

Лечение стволовыми клетками

Одна из «революционных» попыток победить аутизм – лечение стволовыми клетками, взятыми из пуповинной крови при рождении ребенка. Данный метод заключается во внутривенном и/или интратекальном (в спинномозговую жидкость) введении стволовых клеток пациенту, что должно увеличивать приток крови в различные области мозга и формировать новые нейроны, благотворно влияя на состояние аутичного человека.

На сегодняшний день лечение аутизма стволовыми клетками пока не имеет весомых доказательств эффективности.

Нетрадиционное лечение

Нетрадиционные, в том числе народные методы лечения аутизма включают в себя ряд практик альтернативной медицины, обозначаемых в зарубежных исследованиях аббревиатурой CAM – Complementary and Alternative Medicine (дополнительная и альтернативная медицина).

Альтернативные практики не могут излечить аутизм, но в некоторых случаях способны поднять общий тонус организма ребенка, за счет чего нельзя назвать их полностью бесполезными. Рассмотрим наиболее популярные в этой категории методы.

Лечение в домашних условиях

Аутичные дети часто имеют совершенно уникальные особенности, одной из которых может стать необходимость домашней терапии (например,

если ребенок испытывает сильный стресс при выходе из дома). Одной из наиболее надежных программ для терапии в домашних условиях является прикладной анализ поведения (АВА), также популярны методы сенсорной терапии, RDI и др.

Также при домашнем лечении рекомендуется 1–2 раза в месяц все же посещать с ребенком и групповые занятия.

Лечение гомеопатией

Гомеопатия при аутизме может выступать в качестве вспомогательного метода, особенно при непереносимости обычных лекарств или наличии тяжелых побочных эффектов. Лечение аутизма гомеопатией пока не имеет официальных доказательств эффективности.

Кранио-сакральная терапия

Подвид мануальной терапии, заключающийся в «несиловом наложении рук» на тело пациента и мягкой коррекции различных смещений и деформаций костных и мышечных структур. Особое внимание кранио-сакральные терапевты уделяют черепу и крестцу (название терапии происходит от латинских слов *cranium* – «череп» и *sacrum* – «крестец»), обещая излечение аутизма, ДЦП, умственной отсталости и прочих заболеваний. Документальных подтверждений эффективности метода пока нет.

Холдинг-терапия

«Терапия объятиями», основанная на мнении, что тактильные взаимодействия способствуют появлению тесных связей между людьми. По результатам последних исследований, данный вид терапии не рекомендуется к применению среди аутичных детей, поскольку их реакция на прикосновения в корне отличается от таковой у нейротипичных людей.

Лечение гипнозом (гипнотерапия)

Согласно последним исследованиям, лечение аутизма гипнозом бывает эффективно при терапии позднего аутизма у детей. Гипнотерапия совместима с другими видами терапии и может увеличивать их

эффективность. Однако результативность гипнотерапии при врожденном аутизме пока не доказана.

В последнее время большим успехом пользуется слуховая терапия А. Томатиса. Альфред Томатис – французский врач-отоларинголог, разработал метод, который также называется «слуховым обучением», «слуховым возбуждением» или «слуховой терапией». Целью метода является повторное обучение человека процессу восприятия звука, что помогает ему осваивать новые языки, улучшает коммуникативные способности, увеличивает творческий потенциал и положительно влияет на социальное поведение. В основе метода лежит теория взаимодействия слухового восприятия и голоса.

Томатис придавал большое значение органу слуха и считал, что расширенная (или восстановленная) функция слушания стимулирует мозг более эффективно воспринимать и перерабатывать сигналы, поступающие из окружающей среды.

Для повторного обучения слушанию Томатис предлагает использовать голос матери, который пропускается через фильтры, приближающие его звучание к тому, которое ребёнок слышит, будучи зародышем. Этот подход опирается на исследования, подтверждающие, что ухо зародыша начинает функционировать в четыре с половиной месяца.

В целом весь этот процесс представляет собой ничто иное, как попытку «перепрограммировать» различные стадии человеческого развития через символический опыт.

Фитотерапия

Лечение аутизма народными средствами включает в себя фитотерапию, при которой используются различные лекарственные растения. Эффективное лечение аутизма травами невозможно, однако некоторые из них позволяют повысить иммунитет ребенка, сгладить симптомы тревожности и гиперактивности, а также улучшить общее физическое самочувствие.

Акупунктура (иглоукалывание)

Данный метод может работать на «органическом» уровне, однако в отношении «ментальных» проблем он бессилён. Иглоукалывание допустимо использовать для улучшения кровообращения, что в свою очередь может положительно отразиться на общем состоянии здоровья ребенка.

Остеопатия

Еще один подвид мануальной терапии, иногда применяющийся при аутизме для улучшения сна, аппетита, кровообращения, снятия психоэмоционального напряжения и т. д. По словам самих остеопатов, данная методика может приносить и более ощутимые результаты, однако официальных подтверждений этому пока не имеется.

Прикладная кинезиология

Альтернативная методика диагностирования и лечения заболеваний позвоночника, суставов и нервной системы на основании мануального мышечного тестирования. Доказанных результатов в отношении аутизма не имеется, но при желании кинезиология может быть использована в качестве дополнительного метода оздоровления организма в целом.

Таким образом, можно заметить, что в современном мире имеется огромное количество различных методик и способов коррекции аутизма. Невозможно однозначно ответить на вопрос, «какая методика лучше», поскольку нельзя с точностью предсказать реакцию каждого отдельного аутичного пациента на тот или иной вид терапии. На мой взгляд, наиболее подходящими методиками для коррекции агрессивного поведения являются арт-терапия и АВА-терапия. Данный выбор обусловлен этиологией агрессии. Арт-терапия может ненавязчиво раскрыть семейные проблемы, вызывающие данное поведение, помогает развивать фантазию и абстрактное мышление, так необходимые для самосознания человека. Также с её помощью можно снимать излишнее напряжение, обучать правилам поведения и сублимации негативных переживаний в социально приемлемые формы. АВА-терапия, в свою очередь, пошагово научает ребёнка способам адекватного

взаимодействия, умению просить и обращать на себя внимание, не прибегая к негативизму.

1.2. Агрессия как явление

Агрессия (от лат. *aggressio* — нападение) – мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.) [19].

Целью агрессии может быть:

- принуждение;
- усиление власти и доминирование;
- управление впечатлением;
- заработок;
- аффективная разрядка, разрешение внутреннего конфликта;
- месть за перенесенное страдание;
- желание причинить боль жертве, получение удовольствия от ее страданий.

Выделяются следующие виды агрессии:

1. физическая агрессия (нападение) – использование физической силы против другого лица или объекта;

2. вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание вербальных реакций (угроза, проклятья, ругань);

3. прямая агрессия – непосредственно направленная против какого-либо объекта или субъекта;

4. косвенная агрессия – действия, которые направлены на другое лицо не напрямую (злые сплетни, шутки и т. п.), и действия, характеризующиеся ненаправленностью и неупорядоченностью (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами, битье кулаками по столу и т. п.);

5. инструментальная агрессия – является средством достижения какой-либо цели;

6. враждебная агрессия – выражается в действиях, имеющих целью причинение вреда объекту агрессии;

7. аутоагрессия – агрессия, проявляющаяся в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений вплоть до самоубийства;

8. альтруистическая агрессия, имеющая цель защиты других от чьих-либо агрессивных действий.

Агрессивное поведение – одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и т. п. состояния. Психологически агрессия выступает одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности и тождественности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением [12].

Агрессивные действия выступают в качестве:

1. средства достижения какой-либо значимой цели;
2. способа психологической разрядки;
3. способа удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении.

Агрессивность – свойство личности, заключающееся в готовности и предпочтении использования насильственных средств для реализации своих целей.

Агрессия – проявление агрессивности в деструктивных действиях, целью которых является нанесение вреда тому или иному лицу.

Проявления агрессивности и степень её выраженности различна и индивидуальна. Само по себе присутствие агрессивности в эмоциональном спектре человека абсолютно нормально и соответствует законам природы. Полное отсутствие агрессивности приводит к пассивности, неспособности отстаивать свои интересы. Вместе с тем, чрезмерное развитие агрессивности по типу акцентуации мешает человеку быть социально гибким, налаживать социальные связи, а в крайних проявлениях является патологией (социальной и клинической): агрессия утрачивает рационально-избирательную направленность и становится привычным способом поведения, проявляясь в неоправданной враждебности, злобности, жестокости, негативизме.

Агрессивные проявления могут являться:

1. средством достижения определенной цели;
2. способом психологической разрядки, замещения блокированной потребности;
3. самоцелью;
4. способом удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении.

Таким образом, агрессивность человека неоднородна, варьирует от слабой до крайней степени, различна по своей модальности и назначению. Можно выделить параметры агрессивности различной модальности, отличающиеся:

1. интенсивностью агрессии, ее жестокостью;
2. направленностью на конкретное лицо, либо вообще на всех людей;

3. ситуативностью или устойчивостью агрессивных тенденций личности.

Условно можно выделить следующие разновидности поведения с точки зрения агрессивности:

1. антиагрессивность – негативное отношение к любым агрессивным проявлениям человека, который всегда старается примириться с людьми, считает для себя невозможным бить слабого, женщину, детей, калеку; в случае конфликта считает, что лучше уйти, промолчать или обратиться в полицию, обороняется лишь при явном физическом нападении;

2. интринсивная агрессия, мотивированная удовлетворением, получаемым от выполнения условно-агрессивной деятельности (игры, борьба, соревнования), не имеющая цели причинения вреда. Таким образом, спорт является социально приемлемой формой проявления агрессивных тенденций человека, своеобразной разрядкой агрессии, а также формой самоутверждения, повышения социального статуса и получения материальных благ (для профессиональных спортсменов);

3. агрессивность недифференцированная – проявление агрессии, выражающееся в раздражительности и скандалах по любому поводу и с самыми различными людьми, во вспыльчивости, резкости, грубости. Такие люди могут дойти до физической агрессии и даже преступления на семейно-бытовой почве;

4. агрессивность локальная (или импульсивная) – агрессия проявляется как непосредственная реакция на ситуацию конфликта, человек может словесно оскорбить противника (вербальная агрессия), но допускает и физические средства агрессии, может ударить, избить и т. п. Степень общего раздражения выражена меньше, чем в предыдущем подтипе;

5. условная, инструментальная агрессия, связанная с самоутверждением, например в мальчишеской шутильной драке;

6. агрессивность враждебная – устойчивые эмоции злости, ненависти, зависти, человек свою враждебность проявляет открыто, но не

стремится к столкновению сторон, реальная физическая агрессия может быть и не очень выраженной. Ненависть может быть направлена на конкретное лицо, посторонние незнакомые люди могут вызывать у такого человека раздражение и злобу без всякого повода. Возникает желание унижить другого человека, чувствуя к нему презрение и ненависть, но этим добиться уважения окружающих. В драках хладнокровен, в случае победы вспоминает драку с удовольствием. Свою агрессию может вначале сдерживать, а потом мстит (разными способами: клеветой, интригами, физической агрессией). В случае перевеса сил и вероятности безнаказанности может дойти до убийства. В целом к людям относится враждебно;

7. инструментальная агрессия – для достижения какой-либо значимой цели;

8. жестокая агрессия – насилие и агрессия как самоцель, агрессивные действия всегда превышают действия противника, отличаются излишней жестокостью и особой злостью: минимальный повод и максимальная жестокость. Такие люди совершают особо жестокие преступления;

9. психопатическая агрессия – жестокая и часто бессмысленная агрессия, повторяющиеся акты агрессии (агрессивный психопат, «маньяк-убийца»);

10. агрессия по мотиву групповой солидарности – агрессия или даже убийство совершается вследствие стремления следовать групповым традициям, утвердить себя в глазах своей группы, желание получить одобрение своей группы, показать свою силу, решительность, бесстрашие. Этот вид агрессии часто проявляется в группах подростков. Военная агрессия (действия военнослужащих в боевых условиях, убийство врага) является социально признанной и одобряемой формой агрессии по мотиву групповой (или национальной) солидарности, реализуются социальные традиции «защиты отечества», «защиты определенных идей», например, защиты демократии, защиты правопорядка и т. п.;

11. сексуальная агрессия различной степени – от сексуальной грубости до изнасилования или сексуального издевательства и убийства.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что агрессия бывает разнонаправленной, вариативной по проявлениям, а также может быть вызвана разными причинами. Несмотря на наследственность и предпосылки, у детей можно предупредить развитие неблагоприятной агрессивности, вовремя научив их преобразовывать негативную энергию в социально приемлемое русло, используя различные приёмы и техники сублимации. Но для начала необходимо разобраться в причинах появления агрессии у детей с РАС.

1.2.1. Особенности агрессивного поведения у дошкольников с РАС

Не все дети с расстройствами аутистического спектра агрессивны, но приступы агрессии у таких детей встречаются гораздо чаще, чем у их здоровых ровесников.

У ребёнка с РАС из-за нарушения социального взаимодействия появляются множественные защитные механизмы:

- реакция ухода от направленного на него воздействия;
- отрицательная избирательность, т.е. в центре внимания оказывается не то, что он любит, а то чего не любит и боится;
- вместо развития умений, позволяющих активно влиять на мир, ребенок сосредотачивается на защите постоянства в окружающем микромире;
- защита от активного вмешательства близких в их жизнь, при этом связь ребенка с близким проявляется прежде всего как страх потерять. Не развивается эмоциональная привязанность.

Аутичный ребенок нередко прибегает к самоагрессии: начинает плакать, бить себя, кусать себе руки. Проявления самоагрессии легко снимаются в комфортных условиях, если требования взрослого не превышают возможностей ребенка.

Агрессивные действия как форма общения с окружающим миром возникают на фоне усиления психической активности ребенка, поднятие его эмоционального тонуса, появления направленности вовне. Дело в том, что в момент установления контакта с ребенком его внутреннее напряжение начинает разряжаться вовне. В этом случае взрослому следует предложить ребенку игру, которая позволила бы ему осуществить агрессивно насыщенные действия в социально приемлемой форме: стрелять из пушки, воображать фейерверк и т. д. [23].

Отношение взрослого к агрессивным действиям ребенка должно строиться в зависимости от их природы. Некоторые формы агрессии необходимо постепенно замещать на социально приемлемые, другие же являются необходимым этапом адаптации ребенка к социальным формам отношений [1].

У детей с РАС необходимо развивать целенаправленность поведения.

Это достигается индивидуально подобранными занятиями, которые не требуют от обучающегося больших усилий, при этом быстро дающие эмоционально яркий эффект; одновременно с этим упрощаются все инструкции, выдаваемые ребёнку. Создавая таким образом ситуацию успеха, педагог постепенно усложняет задания, добавляя всё новые препятствия для достижения ребёнком поставленной цели. Помимо новых форм социального взаимодействия, на протяжении игры ребёнок изучает навыки предметного действия, что также даёт педагогу вариативность в подборе последующих заданий.

Нарушения речевого развития усугубляют затруднения в контакте с окружающими. Поэтому работа по развитию речи должна начинаться как

можно раньше и проводиться с учетом варианта речевого развития у каждого конкретного ребёнка с РАС [33].

Независимо от вариантов речевых расстройств необходимо выполнять следующие условия:

1. много разговаривать с ребенком, объяснять происходящее вокруг, говорить новые слова, не требуя немедленного их повторения;
2. постоянно вовлекать ребенка в обсуждение планов на предстоящий день, обговаривать их в процессе исполнения, затем оценивать прошедший день;
3. постепенно переходить к составлению планов на более длительные сроки;
4. давать возможность детям регулировать свои действия с помощью речевого планирования.

Эмоциональное освоение происходящего вокруг, формирование активного отношения, заинтересованности в окружающем необходимы для адекватного приспособления аутичного ребенка к жизни семьи, преодоления его негативизма, капризов, обучения самым простым навыкам бытового поведения, самообслуживания, следования распорядку дня.

Освоение таким ребенком необходимых бытовых навыков происходит в длительном взаимодействии с близкими и требует от них большого терпения [16].

Уменьшение тревожности и страхов детей с РАС, формирование эмоционально положительного отношения к окружающему, расширение вариативности при взаимодействии со взрослыми позволяют обогатить знания ребенка об окружающем мире, развивают умение активно ориентироваться в нем.

На данном этапе работы важно организовывать совместное активное обследование привычных предметов быта, любимых игрушек. Целью такой работы является объединение реальных функций предметов с внутренними представлениями о них ребёнка.

Необходима постоянная работа, обеспечивающая развитие у ребенка навыка ориентировки в окружающем. Игры, занятия с ребенком должны отражать смену природных условий. Наблюдая за жизнью птиц, животных, растений, ухаживая за ними, ребенок подходит к осознанию и выделению «живого», сопереживанию живому, ответственности за него [33].

Необходимо постепенно знакомить аутичного ребенка с жизнью других детей. Для успешного проведения таких мероприятий и снижения вероятности аффективных вспышек, желательно начинать знакомство с эмоционально позитивно окрашенных событий. Это, например, детские праздники, походы в зоопарк, цирк, на просмотр мультфильма.

Все эти мероприятия, помогают аутичному ребенку лучше ориентироваться в окружающем мире, эмоционально тонизируют его, формируют разнообразные связи, социальные интересы, помогают постепенно преодолевать его аутистическую изоляцию, позволяют включить его в процесс дальнейшего школьного обучения.

Подводя итог, можно сказать, что у детей с РАС проявления агрессии варьируются, они индивидуальны. Однако причины, побуждающие аффективные вспышки, схожи. Существует ряд рекомендаций по коррекции агрессивности таких детей, включающих необходимость особого охранительного режима со стороны педагогов и родителей. Также создано множество терапевтических методик, направленных на развитие ребёнка с РАС и развитие у него саморегуляции, увеличении заинтересованности и вариативности в коммуникациях.

1.3. Арт-терапия и особенности её применения в работе с дошкольниками с РАС

Арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительном, и творческой деятельности [39].

Первоначально арт-терапия возникла в контексте теоретических идей З. Фрейда и К. Г. Юнга, а в дальнейшем приобретала более широкую концептуальную базу, включая гуманистические модели развития личности К. Роджерса (1951) и А. Маслоу (1956) [36].

Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения классического психоанализа, основным механизмом коррекционного воздействия в арт-терапии является механизм сублимации. По мнению К. Юнга, искусство, особенно легенды и мифы и арт-терапия, использующая искусство, в значительной степени облегчают процесс индивидуализации саморазвития личности на основе установления зрелого баланса между бессознательным и сознательным «Я» [38].

Важнейшей техникой арт-терапевтического воздействия является техника активного воображения, направленная на то, чтобы столкнуть лицом к лицу сознательное и бессознательное и примирить их между собой посредством аффективного взаимодействия.

С точки зрения представителя гуманистического направления, коррекционные возможности арт-терапии связаны с предоставлением клиенту практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, утверждением и познанием своего «Я». Продукты, создаваемые клиентом, помогают рационализировать его проблемы, обличают реальный объект переживаний, помогают справляться с конфликтными ситуациями и устанавливать коммуникации «со значимыми другими». Помимо прочего, позитивная оценка результатов творчества со стороны окружающих помогают осознать их и свою ценность самому клиенту.

В качестве еще одного возможного коррекционного механизма, по мнению сторонников обоих направлений, может быть рассмотрен сам процесс творчества как исследование реальности, познание новых, прежде скрытых от исследователя, сторон и создание продукта, воплощающего эти отношения.

Арт-терапия имеет широкие возможности в развивающей и коррекционной работе с детьми.

Творчество является важной частью жизни ребёнка, оно проявляется в фантазиях, символической деятельности, «дополняет» объективную реальность. Символы, используемые детьми в их деятельности, заключают в себе глубинные переживания, чувства и эмоции, которые сам ребёнок часто просто не умеет высказывать. Именно методы арт-терапии, позволяют ребенку выразить свое состояние через рисунок, аппликацию, сказку, пластилиновую фигурку, игру [51]. Опираясь на продукты детского творчества, педагоги могут выбрать необходимое направление деятельности, подобрать оптимальные методы воздействия.

Арт-терапия может использоваться как в виде основного метода, так и в качестве одного из вспомогательных.

Выделяют два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для метода арт-терапии.

Первый механизм состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей субъекта.

Второй механизм связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» [8].

Цели арт-терапии:

1. Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам.

2. Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

3. Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о клиенте, который может помогать в интерпретации своих произведений.

4. Проработать мысли и чувства, которые клиент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

5. Наладить отношения между психологом и клиентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6. Развить чувство внутреннего контроля. Работа над рисунками, картинками или лепка предусматривают упорядочивание цвета и форм.

7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

8. Развить художественные способности и повысить самооценку. Дополнительным продуктом арт-терапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития.

Использование элементов арт-терапии в групповой работе дает дополнительные результаты, стимулируя воображение, помогает разрешать конфликты и налаживать отношения между участниками группы. Искусство приносит радость, что важно само по себе, независимо от того, рождается ли

эта радость в глубинах подсознания или является результатом осознания возможности развлечься [18].

Приемы арт-терапии используются при исследовании внутрисемейных проблем. Родственникам предлагается вместе поработать над художественными проектами или изображать свои представления состояния дел в их семействе.

Арт-терапия дает выход внутренним конфликтам и сильным эмоциям, помогает при интерпретации вытесненных переживаний, дисциплинирует, способствует повышению самооценки клиента, способности осознавать свои ощущения и чувства, развивает художественные способности. В качестве материалов на занятиях по арт-терапии используются краски, глина, клей, мел. Арт-терапия используется как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Во время творческого самовыражения в ходе проведения арт-терапии возможно взрывное высвобождение сильных эмоций. Если при этом отсутствует твердый и опытный руководитель, то некоторые члены группы или индивиды могут оказаться буквально раздавленными собственными чувствами. Поэтому предъявляются особые требования к подготовке психолога, работающего в технике арт-терапии.

Недостатком арт-терапии может являться то, что глубоко личный характер выполняемой клиентом работы может способствовать развитию у него нарциссизма и привести к уходу в себя вместо того, чтобы способствовать самораскрытию и установлению контактов с другими людьми. У некоторых людей самовыражение средствами искусства вызывает очень сильный протест, хотя для большинства такие способы самовыражения представляются наиболее безопасными.

Существует две формы арт-терапии: пассивная и активная.

При пассивной форме клиент «потребляет» художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения.

При активной же форме арт-терапии клиент сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры и т.д.

Основные направления в арт-терапии:

1. Динамически ориентированная арт-терапия берет свое начало в психоанализе и основывается на распознавании глубинных мыслей и чувствований человека, извлеченных из бессознательного в виде образов. Каждый человек способен выражать свои внутренние конфликты в визуальных формах. И тогда ему легче вербализовать и объяснить свои переживания.

В США одним из родоначальников использования искусства в терапевтических целях была исследовательница М. Наумбург (1966) [29]. Ее работы были основаны на представлениях З. Фрейда, согласно которым первичные мысли и переживания, возникающие в подсознании, чаще всего выражаются не вербально, а в форме образов и символов. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, внутренние конфликты, воспоминания детства, сновидения, все те явления, которые анализируются психологами психоаналитической ориентации.

В рамках динамически ориентированной арт-терапии выделяют творческую, интегральную, деятельную, проективную, сублимационную арт-терапии.

К средствам арт-терапии относят: резьбу по дереву, чеканку, мозаику, витражи, лепку, рисунок, поделки из меха и тканей, плетение, шитье, выжигание.

2. Гештальт-ориентированная арт-терапия. Целями коррекции в этом виде арт-терапии выступают:

- излечение или восстановление адекватного «Я-восприятия»;
- помощь клиенту в осознании и интерпретации собственных переживаний с помощью образов-символов;

- пробуждение творческих сил, спонтанности, оригинальности, способности раскрываться, душевной гибкости.

Методами арт-терапии в гештальт-ориентированном подходе являются: рисование, ваяние, моделирование с бумагой, красками, деревом, камнем, образные разговоры, написание рассказов, пение, музыка, выразительное движение тела.

Арт-терапевтические занятия проводятся двумя способами [17]: структурированно и неструктурированно. При структурированных занятиях тема жестко задается и материал предлагается психологом. Как правило, по окончании занятий обсуждаются тема, манера исполнения и т. д.

Второй вариант – неструктурированное занятие. Клиенты сами выбирают тему, материал, инструменты. В конце занятий проводится обсуждение темы, манеры выполнения и т. д.

Активная роль в арт-терапии отводится самому психологу, его взаимоотношениям с клиентом в процессе обучения его творчеству. Основная задача арт-терапевта на первых этапах – преодоление смущения клиента, его нерешительности или страха перед непривычными занятиями. Нередко сопротивление приходится преодолевать постепенно. Функции арт-терапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от конкретной ситуации.

Активная деятельность и творчество способствуют расслаблению, снятию напряженности у клиентов. Раскрывающийся потенциал и полученные новые навыки помогают преодолеть негативное или стеснительное отношение клиентов к занятиям арт-терапии. Для изменения и повышения самооценки большую роль играют постоянный интерес и положительная оценка со стороны арт-терапевта, других клиентов. Вновь приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, возникающие в процессе творчества, снижают агрессивность, повышают самооценку («Я не хуже других»). Эмоциональная заинтересованность

активирует клиента и открывает путь для более эффективного коррекционного воздействия.

Существуют возрастные ограничения использования арт-терапии в форме рисунка и живописи.

Арт-терапия рекомендуется детям с 5-6 лет, так как до этого возраста символическая деятельность еще только формируется, а дети лишь осваивают материал и способы изображения. На этом возрастном этапе изобразительная деятельность остается в рамках игрового экспериментирования и не становится эффективной формой коррекции. Подростковый возраст, в связи с возрастанием в этом возрасте самовыражения и в связи с овладением техникой изобразительной деятельности, представляет особо благоприятную среду для применения арт-терапии.

Арт-терапия является незаменимым средством при коррекции тяжёлых эмоциональных нарушений, серьёзных нарушениях коммуникативной сферы, а также при низком уровне развития мотивации к деятельности. При повышенной стеснительности, низкой мотивации к общению со сверстниками, методы арт-терапии помогают организовать группу, объединив и заинтересовав участников общей целью при сохранении индивидуального характера их деятельности.

Создание продукта в процессе арт-терапии обусловлено целой *системой побуждений*, центральными из которых являются:

- стремление субъекта выразить свои чувства, переживания во внешней действенной форме;
- потребность понять и разобраться в том, что происходит в себе;
- потребность вступить в коммуникацию с другими людьми, используя продукты своей деятельности;
- стремление к исследованию окружающего мира через символизацию его в особой форме, конструирование мира в виде рисунков, сказок, историй.

Процесс создания любого творческого продукта базируется на таких психологических функциях, как активное восприятие, продуктивное воображение, фантазия и символизация.

Методы арт-терапии в коррекционной работе позволяют получить следующие позитивные результаты:

1. Обеспечивает эффективное эмоциональное реагирование, придает ему (даже в случае агрессивного проявления) социально приемлемые, допустимые формы.
2. Облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабоориентированных на общение клиентов.
3. Дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арт-терапии), способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит.
4. Создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции. Эти условия обеспечиваются за счет того, что изобразительная деятельность требует планирования и регуляции деятельности на пути достижения целей.
5. Оказывает дополнительное влияние на осознание клиентом своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний, создает предпосылки для регуляции эмоциональных состояний и реакций.
6. Существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной «Я-концепции» и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного клиентом [36].

Как показано выше, арт-терапия может применяться как эффективное средство психокоррекции с различными категориями людей. Отдельно выделим особенности арт-терапии в коррекции аутизма, так как данное нарушение имеет особенный спектр проявлений, требует специального подхода.

Приемы арт-терапии оказались особо эффективными с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, у которых отмечаются

относительно легкие варианты детского аутизма, сохранено понимание речи, нет глубокой задержки интеллектуального развития.

Задачи арт-терапии в коррекции аутизма:

- развитие потребности ребенка в общении;
- обогащение форм контакта, включая развитие навыков совместной деятельности;
- развитие стереотипов взаимодействия со взрослыми и сверстниками, придание этим стереотипам большей гибкости, социальной адекватности за счет постепенного насыщения их эмоциональным опытом;
- развитие воображения и способности к децентрации, т.е. возможности взглянуть на мир глазами другого, способность учитывать точки зрения других людей на те или иные явления и предметы.

Этапы работы [21]:

1. установление контакта с ребенком (выработка первоначальной мотивации к рисованию, преодоление негативизмов, развитие интереса к изобразительной деятельности);
2. развитие навыков рисования:
 - овладение основными графическими схемами;
 - расширение репертуара техник рисования.
3. использование рисования как средства для развития символического (образного, эмоционально насыщенного) мышления;
4. использование рисования как способа выражения и переработки эмоционального опыта ребенка с опорой на сформированные ранее стереотипы.

Исходя из гиперчувствительности аутичных детей, для начинаний в рисовании подойдут: толстые фломастеры с различными фруктовыми запахами; толстые восковые карандаши (предпочтительно оранжевого, красного цветов); большие плотные листы бумаги с легкой зернистой фактурой, постепенно можно переходить на акварель и более тонкие восковые мелки, их сочетание.

Одним из вариантов арт-терапии для детей с РАС является музыкотерапия. В основе подхода лежат представления о том, что у аутичных людей отмечается «зависание» на первичном языке — языке чувств, света, запаха, вкуса и, ранее всего — звука.

В онтогенезе слуховой анализатор включается в работу на 20 - 22 неделе беременности (раньше, чем зрительный): он помогает дифференцировать звуки по высоте, силе, темпу, тембру, т. е. во внутриутробном периоде формируется частотно-тональный слух. Дальнейшее созревания определенных структур головного мозга и развитие частотно-тонального слуха создают предпосылки для развития речевого слуха.

При обычном развитии ребенка это многозвучное пространство неречевых (доречевых) звуков постепенно заменяется смыслом речевых высказываний. Однако у аутичного ребенка в большей степени сохраняется ориентация на акустическую сторону речи, чем на семантическую. Этим объясняются бесконечные речевые стереотипии, игры фонетикой, жонглирование словами, тогда как вторичный язык — язык смыслов уходит у детей с аутизмом на второй план.

Музыкотерапия — это терапия контакта при помощи музыкальных средств, который ведется на первичном языке, языке доступном аутичному ребенку. Это совместное исследование звукового пространства, основными задачами которого являются: установить контакт с аутичным ребенком; помочь ему структурировать информацию, поступающую извне; развить способность к коммуникации [2].

Цели музыкотерапии в работе с аутичными детьми:

1. Создание и развитие контакта.
2. Создание возможности перехода от замкнутости на своих переживаниях (доминирования внутренней психической жизни личности) к восприятию внешней реальности, осознанию себя в этой реальности.

3. Создание возможности творческой самореализации аутичного человека.

4. Помощь в выработке оптимальных (адекватных для окружающих и комфортных для самого аутичного человека) способов реагирования на внешние события.

В заключение данного параграфа могу сделать вывод – агрессия – одна из движущих сил развития личности, является базовой реакцией защиты от внешних угроз и раздражителей, то есть является необходимым механизмом психики. Агрессивность – сформировавшийся способ поведения личности. Дети перенимают способы поведения от ближайшего окружения, а потому невероятно важно вовремя замечать проявления агрессивности у ребёнка, знать причины. Это поможет научить ребёнка сублимировать негативные эмоции, управлять собственным поведением. У детей с РАС агрессия имеет сильную выраженность вследствие гиперсензитивности их психики. Учитывая слабую заинтересованность таких детей в окружающей действительности, необходимо не просто научить таких детей адекватно выражать недовольство и агрессию, но и заинтересовать их в этом. Одним из действенных методов коррекции агрессивного поведения при РАС является арт-терапия – одна из наиболее мягких методик, направленных на установление контакта с ребёнком, раскрытия его внутреннего мира.

1.4. АВА-терапия и особенности её применения в работе с детьми с РАС

«Если ребенок не может учиться так, как мы его учим, то мы должны учить его так, как он может учиться»

Оле Ивар Ловаас¹

¹ См. [34], [14].

АВА-терапия (Applied Behavioral Analysis) – прикладной анализ поведения или метод Ловааса – система лечения расстройств аутистического спектра, впервые примененная доктором Иваром Ловаасом на факультете психологии Калифорнийского университета в 1987 году. Идея метода заключается в том, что социальные поведенческие навыки могут быть привиты даже детям с тяжёлой формой аутизма с помощью системы поощрений и наказаний.

В 1995 году Ивар Ловаас создал Институт Ловааса в Лос-Анджелесе, который обучает преподавателей работе по его методике. В настоящее время тысячи детей в США и во всем мире пользуются терапией по методу Ловааса. В России этот метод впервые стал широко применяться в Центре психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования Москвы.

АВА-терапия – это интенсивная обучающая программа, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения, которые дают возможность изучать влияние факторов окружающей среды на поведение ребёнка с РАС и изменять его, то есть манипулировать этими факторами. Метод АВА-терапии имеет еще одно название — модификация поведения. Идея программы АВА заключается в том, что любое поведение влечет за собой некоторые последствия, и пока ребенку нравятся последствия, он будет повторять эти действия, если же не нравится – не будет.

В АВА-терапии выделяют функцию поведения, выявляют предшествующие факторы, реакции окружающей среды (прежде всего людей), различные стимулы, способствующие возникновению той или иной поведенческой реакции. Зачастую для эффективного анализа приходится вести достаточно длительные наблюдения и собирать статистику для последующей обработки. В этом процессе участвует не только АВА-терапевт, но и все члены семьи ребёнка. Это процесс не быстрый и

трудоемкий, но зато в результате загадочное поведение перестаёт быть таковым и приобретает смысл.

Первым шагом АВА-терапевта является описание поведения ребёнка с РАС. Для описания текущего уровня развития и определения актуальных целей проводится тестирование по системе VB-MAPP² или альтернативной системе. Программа является руководством для АВА-терапевта на определённый срок. Формально считается, что программа должна корректироваться раз в месяц, но реально необходимость в корректировке появляется по мере освоения ребёнком новых навыков, и период корректировки может достигать двух месяцев и более. Для отслеживания текущего уровня освоения программы используются чек-листы, заполняемые АВА-терапевтом каждое занятие. В чек-листах фиксируются все основные данные, относящиеся к выполнению программы и показывающие динамику развития ребёнка. Можно сказать, что это основной инструмент для оценки эффективности работы АВА-терапевта и последующих корректировок программы.

Во время занятий могут применяться такие методы:

1. Методика дискретных попыток заключается в разбивании сложных задач на более простые. Для того, чтобы их выполнить даются небольшие по протяженности промежутки времени, во время которых даются подсказки. Из-за этого эффективность обучения значительно увеличивается. Попыток может быть несколько.

2. Вербальное поведение – цель этой методики заключается в том, чтобы научить ребенка разговаривать путем образования связей между словами и их значениями. При таком варианте работы специалист может проводить несколько разных упражнений: говорить слова, а ребенок будет повторять их; называть предметы, а малыш будет указывать на него и

² Тест VB-Марп — это тестирование речевых навыков. Тест разработан в 2008 г. Марком Сандбергом и с тех пор применяется в практике Прикладного анализа поведения [41].

говорить его название; обучение требованию или команде, когда ребенок должен что-то попросить и только в таком случае он это получит.

3. Обучение в естественной среде учит ребенка, как вести себя в различных ситуациях, которые моделирует для него терапевт. Метод основывается на осознании того, насколько важно придать реальный практический смысл тем навыкам, которые изучает ребенок. Данный метод предполагает обучение навыкам в той среде, в которой они впоследствии будут использоваться. Использование естественной повседневной среды ребенка во время терапии может помочь увеличить обобщение приобретаемых навыков для различных повседневных ситуаций. В процессе случайного обучения учителя или инструкторы используют естественные возможности для того, чтобы помочь ребенку обучиться речи. Ребенок выбирает какое-либо желаемое им занятие или деятельность, а инструктор следует за инициативой или интересом ребенка. Данные стратегии преподавания были разработаны для облегчения обобщения приобретаемых навыков и улучшения запоминания. Как только ребенок попадает в естественную ситуацию, в которой он проявляет интерес, инструктор последовательно помогает ему с целью поощрения ответной реакции ребенка. Например, ребенок качается на качели и ему нужно, чтобы инструктор подтолкнул качели, чтобы ребенок качался выше. Инструктор ждет, пока ребенок сам об этом попросит и только, когда он попросит инструктор подтолкнет качели. Он каждый раз ждет просьбы ребенка и только после этого толкает качели.

4. Главные реакции – эта методика нужна для усиления мотивации. Обычно в ней используются задания на выбор, чередование, каждая попытка должна поощряться.

5. Обучение самоуправлению направлено на то, чтобы ребенок смог научиться выполнять действия самостоятельно и быть менее зависимым от родителей. Малыш учится оценивать и контролировать свое поведение.

6. Видео моделирование. Этот метод позволяет обучать соблюдению гигиенических процедур, различным социальным навыкам, пониманию эмоций и т. п. Он заключается в том, что ребенку несколько раз показывают презентации с демонстрацией желательного поведения.

Принципы методики АВА

Главным принципом АВА считается *принцип подкрепления*. Он основывается на убеждении, что если поведение вознаграждается, то оно повторится вновь.

АВА-терапия основана на некоторых общих представлениях о том, как дети с РАС учатся поведению.

На самом базовом уровне, который включает в себя:

1. стимул (запрос) для ребёнка;
2. следствие – реакция ребёнка;
3. «подкрепление» или «наказание» основано на реакции ребёнка.

Подкрепление это то, чем вознаграждается ребёнок за правильный ответ, оно повышает вероятность этого ответа. Примеры возможных подкреплений для маленьких детей: похвала, улыбка, игрушка, мыльные пузыри, мультимедиа, лакомства и т.д.

Наказание не подразумевает никакого физического насилия! Этот термин означает неодобрение и отсутствие поощрения, изъятие из поля зрения ребёнка поощряющих стимулов.

Необходимо провести функциональную оценку возможных подкреплений или наказаний, чтобы определить наиболее эффективные в формировании поведения ребёнка.

Отдельное внимание уделяется «нежелательному поведению» аутичного ребенка. Каждый вид такого поведения (стереотипии, агрессия и пр.) последовательно устраняется или, по крайней мере, уменьшается, также с помощью системы поощрений и наказаний.

На основе полученных данных выдвигаются гипотезы о причинах поведения, которые проверяются в дальнейшей работе. Выявив причину

нежелательного поведения, подбирают альтернативное, которому и предстоит обучить ребенка [47].

Ключевым принципом в АВА является *принцип поощрения* [4]:

Поощрение – это событие, которое следует за поведением и повышает вероятность возникновения этого поведения опять. Другими словами, поощрение усиливает поведение, после которого предоставляется.

Поощрение не обязательно совпадает с тем, что человеку нравится. Например, учитель может ругать ученика за нарушения дисциплины на уроке, но, поскольку это единственный способ, которым ребенок может получить внимание со стороны учителя, то нарушения дисциплины будут случаться чаще. То есть выговор учителя будет поощрением для поведения ученика нарушать дисциплину.

АВА-терапия для детей с РАС – это основа большинства программ, которые направлены на коррекцию данного отклонения у детей. Ценность поведенческой терапии подтверждена многочисленными исследованиями, проводившимися в течение 30 лет.

При данной методике все сложные навыки для аутистов, такие как коммуникация, речь, творческая игра, умение смотреть в глаза, слушать и другие разбивают на отдельные небольшие блоки-действия. Каждое из них затем разучивают с ребенком отдельно. Выполнение каждого действия отрабатывается с помощью системы поощрений и наказаний. В итоге блоки соединяют в единую цепь, которая образует одно сложное действие и, таким образом, формируется определенный навык. Специалист по коррекции аутизма во время процесса разучивания действий дает ребенку с нарушениями аутичного спектра задание. Если самостоятельно справиться с ним ребёнок не может, обучающий дает ему подсказку, а потом за правильные ответы вознаграждает ребёнка, при этом неправильные ответы игнорируются.

Обучение по данной методике состоит из нескольких этапов.

Первоначально для ребёнка строится таблица для сбора данных ABC. Она является важной частью поведенческого анализа, обучения, проведения оценки и вмешательства.

A – Antecedent – Предшествующий фактор

B – Behavior – Поведение

C – Consequence – Последствие

Antecedent (Предшествующий фактор) – это стимул, который непосредственно предшествует поведению. Это может быть требование, инструкция, стимул в окружающей среде или какой-либо внутренний фактор.

Behavior (Поведение) – это целевая реакция, то есть то поведение, которое нас интересует. Обычно поведение определяется по его топографии (тому, как оно выглядит).

Consequence (Последствие) – это немедленный результат поведения, то есть то, что следует непосредственно за ним.

Сбор данных ABC по сути своей является *описательной оценкой*. Это не раскрывает причин поведения, однако предоставляет гипотезу, которая позволяет предположить, когда, где и в каких условиях поведение возникнет с большей или меньшей вероятностью. Это представляет собой существенно важную информацию в разработке программ терапии и вмешательства. Часто данные ABC собирают в случае, когда появляется новое поведение. Это первоначальная попытка понять, когда, где и, возможно, почему такое поведение происходит [42].

Первый этап: начинаем с простого. Одним из упражнений программы является «Язык-понимание». Специалист даёт ребёнку определённое задание, подкрепляя его подсказкой. Например, просит поднять руку, тут же поднимает вверх руку ребенка, после вознаграждает его за правильный ответ. Сделав несколько совместных попыток, ребёнок пытается совершить действие без подсказки. Специалист снова повторяет ребёнку ту же фразу и ждет от него самостоятельного правильного ответа. Если ребёнок отвечает правильно, без подсказок, то получает вознаграждение (его хвалят, дают что-

то вкусное, отпускают играть и тому подобное). Если верного ответа ребенок не дает, задание повторяют снова, используя подсказку. Затем ребёнок снова пытается все сделать самостоятельно. Упражнение заканчивают, когда обучающийся смог без подсказки дать правильный ответ. Когда 90% самостоятельных ответов ребенка на задание специалиста являются правильными, вводится новый стимул, например, просят кивнуть головой. Важно, чтобы задания были максимально различны между собой. Новое задание отрабатывают аналогичным образом.

Второй этап: закрепляем материал. После того, как ребенок хорошо освоит второе задание – «кивни головой», упражнение усложняют. Выученные действия чередуют в произвольном порядке: «кивни головой» - «подними руку», «подними руку» - «подними руку» - «кивни головой» и так далее. Задания считаются освоенными, когда в 90% случаев ребенок дает верный ответ при чередовании выученных упражнений. По такой же схеме вводят и отрабатывают третий стимул и так далее.

Третий этап: обобщаем и закрепляем. На этом этапе полученные навыки генерализуют. Когда ребенок накопил достаточное количество освоенных важных стимулов («возьми», «дай», «иди сюда» и др.), уделяют внимание обобщению. Упражнения начинают проводить в непривычных и неожиданных местах (на улице, в магазине, в ванной). После этого чередуют людей, дающих ребенку задания (специалист, мама, папа, дедушка, бабушка).

Четвертый этап: завершающий. По аналогии с прошлыми отработанными заданиями, ребёнок может самостоятельно понимать новые, тогда дополнительная работа по автоматизации навыка уже не требуется. Например, ему дают задание «закрой дверь», показывают 1-2 раза и этого уже вполне достаточно. Если это получается, значит, программа освоена, и занятия АВА-терапией больше не нужны. Обучающийся начинает дальше осваивать информацию из окружающей среды, как делают это и обычно развивающиеся дети, не имеющие диагнозы «аутизм».

Так как АВА-терапия предполагает разбиение всех этапов обучения на более мелкие шаги, коррекционная работа занимает довольно большой промежуток времени. В среднем занятия занимают 30-40 часов в неделю. Как и любой вид коррекционного воздействия, АВА-терапия наиболее эффективна, если начать её применение как можно раньше.

Преимущества методики АВА:

- Методика приносит быстрые и ярко выраженные результаты.

Согласно исследованиям основателя данной методики Ивара Ловааса [28], около половины детей, которые получили коррекцию по программе АВА, могут проходить обучение в обычной школе. Состояние и поведение улучшились у более 90% детей из общего числа тех, кто получил коррекцию по данной методике. АВА-терапия дает возможность последовательно развивать ребенка, социализировать и вводить в общество.

- Методика позволяет последовательно развивать ребёнка, вплоть до вывода ребёнка из неадекватного состояния.
- Методика позволяет использовать практически все известные приёмы работы и заимствовать методы других методик.
- Дети с аутизмом полностью или практически полностью избавляются от стереотипий.
- Позволяет освоить речь детям, которые поздно обратились к коррекции.
- Методика комплексна, то есть охватывает абсолютно все сферы познания: от развития понятийного аппарата до становления бытовых навыков самообслуживания.

Недостатки методики:

- Эта методика не подходит на начальном этапе коррекции ребёнка, если у ребёнка имеется страх чужих людей, зато наблюдается сильная привязанность к матери.
- Также эту достаточно жёсткую методику лучше использовать ограниченно (например, только для формирования речи), если ребёнок не

просто контактен, а социально адаптирован и стремится, легко вступает в общение с детьми.

- Эта методика требует полной самоотдачи кого-то из родственников ребёнка.
- Методика учитывает достаточно строгую систему наказаний и поощрений. Однако коррекция требует полного доверия со стороны родителей к действиям педагога, иначе результата не будет.
- Работа по данной системе не терпит перерыва в занятиях. Даже в случае болезни с ребёнком проводится занятие (в облегчённой форме, короткое, на повторение пройденного материала). Но послабления невозможны.
- Методика требует постоянных супервизий, чёткого контроля не только за занятиями, но и за созданием дома системы развития соответствующей плану коррекции.
- Методика требует на начальном этапе полного послушания ребёнка, который не всегда легко достигнуть, если ребёнок воспитывался до начала коррекции в системе вседозволенности и полного обслуживания со стороны родственников.
- Система категорически не подходит для применения к ребёнку, растущему в деструктивной семье.

Возможные трудности

Главные трудности применения данной методики к детям с РАС заключается в особенностях мотивационной и коммуникативной сферы таких детей – для них будет малоэффективна, в сравнении с нейротипичными детьми, обычная похвала. Очень важно выявить ещё до начала работы, какие стимулы являются для ребёнка наиболее значимыми, регулярно проводить оценку их актуальности и своевременно заменять. Большое значение также имеет само обучающее пространство ввиду гиперчувствительности таких детей. Необходимо заранее продумывать наполняемость кабинета, отсутствие отвлекающих факторов.

Повторение компенсирует замедленность в обучении, абстрактные понятия объясняют максимально простыми фразами. После того как ребенок научится свободно общаться с учителем один на один, можно предложить ему общение с двумя людьми и так постепенно увеличивать количество окружающих.

Поведенческая коррекция аутизма детей очень важна. Её главная задача – помочь ребенку с определенными нарушениями в развитии адаптироваться к окружающей среде и принять в жизни общества наиболее полноценное участие.

В результате АВА-терапии ребенок может научиться определенным навыкам. Причем упор делается на «социальные поведенческие». Если речь идет о ребенке дошкольного возраста, то, например, такие:

- устанавливать зрительный контакт,
- имитировать основные движения,
- имитировать действия с предметами,
- имитировать мелкие и точные движения,
- имитировать произносительные движения,
- выполнять единичные команды,
- узнавать знакомых людей,
- указывать на желаемые предметы
- и т. д., в зависимости от программы, составленной для ребенка

специалистом по АВА.

В арсенале АВА несколько сотен программ, среди них невербальная и вербальная имитация, общая и мелкая моторика, понимание языка, называние предметов, называние действий, классификация предметов, «покажи, как ты...», местоимения, ответы на вопросы «Что?», «Кто?», «Где?», «Когда?», «Как?», употребление «да» и «нет», и других. Среди программ более высокого уровня – «Скажи, что будет, если...» (предугадывает исход действия), «Расскажи историю», «Делай как (имя сверстника)», «Позови (имя сверстника) играть» [49].

В АВА-терапии существуют несколько терапевтических моделей, рассчитанных для раннего детства (от 1,5, 3, 5 лет), дошкольного и школьного возраста, подростков и взрослых.

Данная методика не пытается адаптировать мир под ребёнка (то есть, не создаёт комфортную среду, как, например, методика ТЕАССН). Методика АВА заставляет ребёнка войти в окружающий мир, в общение, даже помимо его воли на первом этапе коррекции.

Методика АВА требует, чтобы ребёнок вступил в коммуникацию, и достигает этого любым путём, который доступен ребёнку.

Задача данного метода терапии двойная: выработать у ребенка желание учиться и помочь ему понять, что обучение возможно.

Поведенческая терапия на данный момент более известна в качестве методики для людей с аутизмом. Однако это не единственный круг лиц, для которого АВА может быть эффективен. АВА-терапию можно назвать универсальным лекарством, т. к. она опирается на базовые механизмы реагирования любого живого организма. Она доступна для человека любого уровня развития, и может использоваться в воспитании детей, изучении иностранных языков, обучении физической культуре и спорту, лечении различных зависимостей и многого другого.

Данная методика в настоящее время вызывает много споров и разногласий. Сторонники данной методики ссылаются на её результативность и широкую вариативность применений. Противники – на отсутствие учёта интересов ребёнка, действие педагогов в рамках стереотипного поведения. Многих пугает сама система «поощрение-наказание» [26]. Различные недовольства порождает в том числе и устаревшая информация, а также неквалифицированные АВА-специалисты, которых сегодня достаточно много, так как данная программа становится все более популярной.

На мой взгляд, методика АВА отлично подходит для научения ребёнка определённым навыкам, выработки желательного поведения. Как и любая

методика, она имеет свои особенности применения. Учтя данные особенности, сопоставив их с задачами работы, мною была разработана программа коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения у дошкольников с расстройствами аутистического спектра средствами арт-терапии и АВА-терапии.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2.1. Описание диагностического инструментария для определения уровня агрессивности у дошкольников с РАС

Для определения у детей уровня агрессивности, её направленности и причины мною были выбраны следующие методики:

Тест «Рисунок семьи»³ [48]

Может использоваться для детей с 4-5 лет. Основной целью теста является диагностика внутрисемейных отношений.

Довольно часто дети чувствуют семейную атмосферу иначе, чем взрослые. Это связано с особенностью детского нервно-психического реагирования. Для диагностики детских переживаний, связанных с семейными отношениями, успешно используются арт-терапевтические техники, в том числе рисунок. Такие продукты творчества помогают педагогам лучше понять причину детских страхов, тревоги, и организовать эффективное психолого-педагогическое воздействие, в том числе на семью ребёнка.

Задание заключается в том, что ребёнку предлагается нарисовать свою семью и себя на листе А4. По желанию ребёнок может добавить в рисунок детали. Рисунок выполняется простым карандашом либо цветными карандашами. Также выдаётся ластик. Во время рисования ребёнку не должны предоставляться дополнительные инструкции.

Когда рисунок будет закончен, необходимо попросить ребенка идентифицировать нарисованные фигуры, а для себя отметить последовательность, с которой ребенок их рисовал.

³ См. Приложение 1

Тест руки Вагнера⁴

Тест руки Вагнера предназначен для диагностики агрессивности. Оригинальная методика используется для диагностики взрослых. Н. Я. Семаго адаптировала данную методику для детей дошкольного и младшего школьного возраста [43].

В теоретическом обосновании авторы данной методики исходят из положения о том, что развитие функции руки связано с развитием головного мозга [55]. Рука помогает человеку ориентироваться в пространстве, изучать его, она непосредственно вовлечена во внешнюю активность. Следовательно, предлагая обследуемым в качестве визуальных стимулов изображения руки, выполняющей разные действия, можно сделать выводы о тенденциях активности обследуемых.

Методический прием, положенный в основу теста руки, заключается в том, что испытуемого просят проинтерпретировать содержание действия, представленного в виде «стоп-кадра» изображения кисти руки, социально нейтрального и не несущего какой-либо смысловой нагрузки. Предполагается, что включение элемента в контекст более широкого вида активности и в сам выбор этого вида активности происходит по механизму проекции и в значительной степени определяется наличным состоянием испытуемого и, в частности, его активными мотивами.

Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга (детский вариант)⁵ [11]

Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Данная методика направлена на конкретную область поведения, хорошо структурирована и имеет относительно объективную процедуру оценки, что выделяет её из ряда других проективных методик.

⁴ См. Приложение 1

⁵ См. Приложение 1

Материал теста состоит из серии 24 рисунков, представляющих каждого из персонажей во фрустрационной ситуации. На каждом рисунке слева персонаж представлен во время произнесения слов, описывающих фрустрации другого индивида или его собственную. Персонаж справа имеет над собой пустой квадрат, в который должен вписать свой ответ, свои слова.

Детский вариант методики предназначен для детей 4–13 лет. Адаптированная методика базировалась на убеждении в том, что рисуночный вариант будет хорошо воспринят детьми в качестве игры в комиксы, поэтому рассчитывалось, что ответы испытуемых будут более открытые и непосредственные.

Графическая методика «Кактус»⁶ [37]

Тест проводится с детьми с 4-5 лет.

Целью является определение состояния эмоциональной сферы ребенка, выявление наличия агрессии, ее направленности и интенсивности.

Для проведения методики на листе белой бумаги размера А4 с использованием простого карандаша ребенку предлагается нарисовать кактус - такой, каким он (ребенок) себе представляет.

Также мною использовалась схема наблюдения за ребенком [20].

Критерии оценивания:

1. Часто теряет контроль над собой.
2. Часто спорит, ругается со взрослыми.
3. Часто отказывается выполнять правила.
4. Часто специально раздражает людей.
5. Часто винит других в своих ошибках.
6. Часто сердится и отказывается сделать что-либо.
7. Часто завистлив, мстителен.
8. Чувствителен, очень быстро реагирует на различные действия окружающих (детей и взрослых), которые нередко раздражают его.

⁶ См. Приложение 1

По данной методике, предположить, что ребенок агрессивен можно лишь в том случае, если в течение не менее 6 месяцев в его поведении проявлялись хотя бы 4 из 8 перечисленных признаков. По этой причине мною проведена беседа с педагогами образовательного учреждения, которые помогли оценить уровень агрессивности изучаемых детей.

Таким образом, мною было выбраны методики для проведения диагностики состояния эмоционально-волевой сферы ребёнка, его внутрисемейных отношений, умения различать свои и чужие чувства и эмоции. В частности с помощью данных методик можно определить наличие агрессии, её направленность и интенсивность, а также возможные причины появления последней.

2.2. Психолого-педагогическая характеристика обучающихся

Работа проводилась на базе детского сада №466 компенсирующего вида г. Екатеринбурга, во время прохождения производственной педагогической практики.

Для проведения опытно-экспериментальной работы в детском саду было выбрано двое старших дошкольников: Саша П. (возраст на момент обследования: 5 лет 6 мес.) и Вика С. (возраст на момент обследования: 5 лет 4 мес.). Выбранные дети имеют диагнозы ТНР с нарушением эмоционально-волевой сферы и ТНР с вторичными смешанными специфическими расстройствами психологического развития соответственно. В группе, где обучаются данные дети, не проводятся занятия педагога-дефектолога и педагога-психолога. Индивидуальная работа отсутствует.

У Саши не сформированы элементарные графические навыки, карандаш держит в кулаке. Не переносит громких звуков, от звучания сказок или песен в записи закрывает уши руками. Общая моторика в норме, ребёнок

ловок, но ритм не чувствует. Мало использует речь для коммуникации, владеет только бытовыми фразами, речь нечёткая. Слабая мотивация к общению и продуктивной деятельности. Игрушками не делится, сам часто отнимает их у детей. Частые ситуации отказа, во время которых ребёнок ложится на пол и не даёт себя поднять.

У Вики слабо сформирован навык выполнения задания по инструкции педагога, по алгоритму. Часто вносит в деятельность неадекватное фантазирование с грубыми агрессивными образами. Мелкая моторика развита недостаточно для возраста ребёнка. Ритм чувствует слабо. Речь развита недостаточно для данного возраста. Во время диалога часто сбивается на отвлечённые темы, начинает фантазировать, не умеет поддерживать тему. Заинтересована в общении со сверстниками и взрослыми. Часто отвлекается при выполнении заданий. Игрушками делиться не любит. Если в хорошем настроении – может согласиться на совместную игру, но правила выбирает сама, под чужие не подстраивается.

Оба ребёнка имеют следующие аутистические проявления:

- нарушение коммуникации;

Во время коллективных игр с детьми наблюдается полевое поведение, дети либо не вступают в контакт со сверстниками, либо выражают это в неприемлемой форме – посыпая головы детей песком, толкая, гримасничая, срывая шапки. Диалог выстраивают либо сопряжённо с педагогом, либо неадекватно.

Саша П. не умеет просить, просьбы взрослого часто игнорирует. Если ему не нравится то, что от него требуют или если хочет сделать что-то, что запрещают – падает на пол, упрямится, не слушает педагогов, может закрывать уши руками и продолжать делать то, что хочет.

Вика С. умеет просить, но часто об этом забывает. Ребёнок очень расторможен. Частые аффективные реакции, реакции отказа, может впасть в истерику, если что-то запретить.

- нарушение регуляторного компонента деятельности;

- речевые нарушения;
- аутистимуляции и стереотипии.

У Саши – поднимает руки над головой и трясёт; если что-то не получается во время занятия или высокое эмоциональное напряжение – чешет всё тело, снимает обувь под столом.

У Вики – гримасы, повторение одного и того же куплета из песни при сильной эмоциональной нагрузке.

Оба ребёнка из неполных семей (воспитанием занимаются мамы).

Для оценки сформированности высших психических функций (далее ВПФ) были использованы данные из документов с разрешения родителей, опрос педагогов дошкольного образовательного учреждения, обучающихся данных детей, а также использован метод наблюдения за детьми при непосредственной образовательной деятельности.

Для оценки уровня агрессивности были использованы методики, представленные подробнее в пункте 2.1. Первичная оценка включала в себя рисуночный тест «Рисунок семьи»⁷, тест Розенцвейга, наблюдение, опрос педагогов ДООУ.

Результаты диагностики таковы:

Вика. Реакции в основном экстрапунитивные [11], самозащитные, т. е. ребёнок ищет причину конфликта/опасности вовне – в окружении, вымышленных персонажах. Агрессивная самозащита. Поведенчески выражается в указывании пальцем на того ребёнка, который тоже оказался в критической ситуации, перенос вины с себя на других детей или предметы, обвинение. Может ударить или замахнуться на другого ребёнка. Рисует с сильным размашистым нажимом, использует, как правило, яркие цвета. Чаще: желтый, черный, красный, розовый. Высокий уровень импульсивности. Высокий уровень тревожности. Различает базовые эмоции у себя и других, но не умеет с ними справляться. Частые ругательства.

⁷ См. Приложение 2

Саша. Во время диагностики часто проявлял недостаточность познавательной активности. В аффективных ситуациях чаще проявляются импунитивные реакции [11], характеризующиеся в отсутствии обвинений и уверенности в том, что ситуация сама разрешится со временем. Тип реакций – необходимо-упорствующие, «с фиксацией на удовлетворение потребностей». Выражается в требовании решения, удовлетворения потребности от других лиц, уверенность в разрешении ситуации со временем в пользу ребёнка. Поведенчески также проявляется в упрямстве, неадекватных методах игры со сверстниками, неуважении чужих интересов. Выявлено неумение интерпретировать чувства окружающих, а также свои. Базовые эмоции угадывает с помощью взрослого. Уровень нажима непостоянный, зависит от уровня «присутствия» и заинтересованности ребёнка. Основные цвета: красный, синий. Линии нецеленаправленные, «черкающие». В рисунках наблюдается однообразие, отсутствие произвольности. Фантазия развита крайне слабо.

В целом у детей выявлены нарушение произвольного компонента деятельности; нарушение внимания и мыслительных процессов (анализ и синтез); высокий уровень доверия родителям. У обоих детей много непродуктивных движений, плохо видят край рисунка/листа, не соблюдают пропорции.

Таким образом, могу отметить, что агрессивность изучаемых детей в целом является следствием неумения распознавать свои и чужие чувства, отсутствием инструментария для преодоления злости, чувства вины, отсутствием уважения чужих интересов, неумение привлекать к себе внимание и вступать в контакт иным способом. Считаю необходимым развитие у таких детей эмпатии, чувства ответственности, обучение их приемлемым способам взаимодействия с окружающими и в целом помощи в успешной социализации. Для достижения поставленной цели мною была разработана программа, представленная ниже.

2.3. Система коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения дошкольников с РАС на основании результатов диагностики

Содержание программы обеспечивает помощь в преодолении эмоциональных, поведенческих и коммуникативных проблем обучающихся. Подбор детей на индивидуальные занятия проводится на основании результатов психодиагностического исследования, наблюдений и обратной связи с участниками образовательной деятельности.

Данная программа основана на методах арт-терапии и АВА-терапии.

Целью данной программы является помощь дошкольникам с агрессивным поведением в успешной социализации и преодолении негативизма.

Задачи:

- Снижение уровня личностной тревожности.
- Обучение техникам и способам саморегуляции.
- Формирование осознания своего внутреннего мира, развитие эмпатии.
- Обучение конструктивным поведенческим реакциям.
- Развитие заинтересованности в общении, уверенности и самостоятельности в выборе средств общения.

В результате реализации программы предполагается, что ребёнок научится справляться с агрессией. Занятия предназначены для индивидуальной работы с детьми 5-6 лет с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями эмоционально-волевой сферы, выражающимися в нарушении поведения вследствие недоразвития коммуникативно-личностной сферы.

Программа включает в себя 10 видов занятий, которые будут проводиться в кабинете педагога-дефектолога или педагога-психолога 1-2

раза в неделю (в зависимости от качества усвоения материала), во вторую половину дня продолжительностью 20-40 минут, в зависимости от желания ребенка.

1-3 занятие – обучение детей способам выражения гнева в приемлемой форме, снижение уровня личностной тревожности.

4-6 занятие – обучение детей приемам саморегуляции, умению владеть собой в различных ситуациях.

6-8 занятие – формирование осознания своего внутреннего мира, развитие эмпатии.

9-10 занятие – обучение конструктивным поведенческим реакциям.

Занятие предполагает стандартную структуру: ритуал приветствия и вводная часть, основная часть, рефлексия, ритуал прощания. Важно придерживаться данной структуры ввиду специфических особенностей данной категории детей.

Отсутствие посторонних в кабинете, достаточная освещённость, необходимая звукоизоляция, достаточный приток свежего воздуха являются единственными требованиями к помещению.

Материально-техническая база: кабинет, стол, два стула, доска грифельная и магнитная, большое зеркало, аудио и видеоаппаратура, мягкие игрушки, пальчиковые игрушки, конструктор, кукольный домик, кукла с длинными волосами, краски, мелки, цветные карандаши, баночки для воды, кисти, бумага различной плотности и цвета, книги с терапевтическими сказками, картинки для работы с эмоциями и правилами поведения, тканевые мешочки, мягкий пуфик для зоны отдыха, шторы.

Перед проведением программы и по ее завершению проводится диагностика агрессивности для выявления эффективности проведенной работы; проводится тестирование мотивационных стимулов; составляется таблица ABC – для отслеживания нежелательного поведения и манипулирования предшествующими факторами так, чтобы нежелательное поведение не появлялось.

Тестирование мотивационных стимулов может проводиться следующими методами:

- Метод одиночного тестирования при появлении нового поощрения (показываем, что это, как оно работает, пытаемся заинтересовать ребенка).
- Метод множественного тестирования – в обычном режиме занятий. Предоставляем ребёнку возможность самостоятельно выбирать те предметы, которые он знает, как использовать (можно сделать «коробку поощрений»). Если добавляется новый предмет, то для начала надо провести одиночное тестирование.
- Метод выбора из двух – для определения более мотивационного поощрения для текущего занятия.

Актуальность мотивационных стимулов необходимо отслеживать на каждом занятии.

Необходимо создать систему поощрений во время занятий. Желательно, чтобы данной системы придерживались и остальные участники образовательного процесса, тогда закрепление необходимых и устранение нежелательных навыков будет проходить более успешно.

Во время проведения занятий необходимо проводить мониторинг уровня сложности заданий, так как в случае повторяющейся ситуации неуспеха ребёнок теряет интерес к получаемой информации, «выпадает». Чтобы избежать такого, необходимо использовать подсказки во время обучения, уменьшая их количество по мере освоения ребёнком материала. Выбор подсказок обусловлен индивидуальными особенностями ребёнка. Важно избежать зависимости ребёнка от подсказок, т. к. цель их использования – развитие умения просить о помощи, создавать ситуацию успеха, – не должна противоречить цели и задачам программы.

Эффективность программы коррекции агрессивного поведения должна выразиться:

1. В повышении мотивации к изменению неадекватного поведения.

2. В осознанном овладении приемами саморегуляции агрессивного поведения на основе самоконтроля и самоанализа с использованием детьми анализа, синтеза, сопоставления при взаимодействии со взрослыми и сверстниками.

3. В повышении уровня межличностных взаимоотношений между детьми.

4. В снижении уровня агрессивного поведения.

5. В повышении культуры общения.

Таблица 1

План занятий

Этапы работы	Цель	Содержание коррекционной работы
Обучение способам выражения гнева	1.Формирование осознания собственных эмоций, осознание агрессивных тенденций, снятие напряжения.	1. Рисование мыльными пузырями 2. Раскрась картинки с эмоциями 3. Работа с водяным пистолетом 4. Дыхательное упражнение
	2.Обучение способам выражения негативного эмоционального состояния социально приемлемыми способами.	1.Сказка «Львенок» 2.Упражнение «Упрямая подушка» 3.Упражнение «Ругаемся овощами» 4. Рисование «по сырому»
	3.Гармонизация эмоционального состояния, осознание агрессивных тенденций, снятие напряжения.	1.Рисование шариком по краскам 2.Сортировка эмоций 3.Мешочек для криков 4.Изменение эмоций
Обучение приемам саморегуляции	4.Гармонизация эмоционального состояния, осознание гнева через сенсорные каналы, снятие напряжения.	1.Упражнение «Танец злости» 2. Рисование злости 3. Слушание музыки «Добрый жук» 4. Рисование радости 5. Упражнение «Ласковые лапки»
	5.Гармонизация эмоционального состояния, осознание агрессии и позитивная трансформация негативных эмоций, снятие напряжения.	1.Упражнение «Хорошо-плохо» 2.Страна злости 3. Просмотр мультфильма «Лунтик», серия «Хорошие манеры»
	6.Отреагирование напряжения и агрессивных тенденций, гармонизация эмоционального состояния, развитие креативности.	1.Упражнение «Кубик эмоций» 2.Упражнение «Танцующие ниточки» 3.Советы избавления от злости – игра с пальчиковыми куклами 4. Лепка «Змея»

Продолжение таблицы 1

Формирование осознания своего внутреннего мира, развитие эмпатии	7. Гармонизация эмоционального состояния, снятие напряжения, развитие эмпатии.	1. Сказка «Как лисичка бычка обидела» 2. Упражнение «Мирись-миришь» 3. Упражнение «Проблемные ситуации» 4. Рисование подарка для друга
	8. Осознания собственных эмоций, осознание агрессивных тенденций, снятие напряжения.	1. Рисунок «Следы» 2. Чтение сказки «Неприятности» 3. Тренинг эмоций 4. Рисование «Добро-зло» 5. Подвижная игра
Обучение конструктивным поведенческим реакциям.	9. Расширение спектра поведенческих реакций, снятие деструктивных элементов в поведении.	1. Сказка «О девочке, которая не умела играть» 2. Упражнение «Найди выход» 3. Релаксация 4. «За что меня любит мама» 5. Подвижная игра
	10. Увеличение количества просьб, проявление инициативы в выборе сюжета, развитие позитивного отношения к себе	1. Игра «Теремок» 2. Танец перед зеркалом 3. Прическа для куклы 4. Подвижная игра

Представленный выше план реализовывался мною на занятиях педагога-дефектолога в МБДОУ №466 во время прохождения производственной практики.

Особенности реализации плана занятий с изучаемыми детьми

В качестве поощрения за успешное выполнение задания или активное включение в деятельность использовались жетоны и индивидуальные мотивационные стимулы.

В начале занятий проводились задания, организующие внимание, настраивающие на изобразительную деятельность и работу с эмоциями.

Затем – задание, развивающее эмоциональный интеллект и эмпатию.

После эмоциональной нагрузки необходимо организовать задание с элементами релаксации.

Активная игровая деятельность являлась завершающей, так как на участие в ней дети концентрируют произвольное внимания, в то время как переключаемость внимания между видами деятельности у данной категории нарушена. Подвижные игры выбирались из списка тех, которые знают все

дети в группе. Это помогает детям с РАС включаться в активную свободную деятельности сверстников.

При переходе от одного вида деятельности к другому возможен перерыв не более 5 минут, во время которого педагог готовится к следующему заданию, заполняет чек-листы. В перерыве можно дать ребёнку возможность спокойно побыть одному. Обязательно нужно предупреждать ребёнка, что перерыв заканчивается, и мы идем заниматься.

Необязательно все время заниматься за столом. Можно взять карточки или другие предметы для занятий и сесть на пол, к подоконнику.

Если педагог приглашает ребёнка за стол, а он отказывается приемлемым образом, то педагог отпускает его, давая еще отдохнуть, но при этом необходимо забрать у него все поощрения. Т. е. он может не садиться за стол, но при этом не иметь поощрений и доступа к ним. Как только ребёнок проявляет инициативу к поощрению и просит его, педагог предлагает в ответ сесть. Например, Саша тянется к пушистому мячику, я стимулирую его речь: «Скажи – «Я хочу мяч»», повторяю, дожидаясь сопряжённого, а затем отражённого проговаривания, после чего говорю ему: «Садись». Вероятнее всего, после этого ребёнок примет предложение.

Если ребёнок сел за стол сразу после первого приглашения, поощряю его жетонами, и говорю, что он молодец, что сам пришел.

Все данные обязательно заносятся в таблицу АВС.

Для стимуляции самостоятельности и инициативы необходимо заинтересовывать ребёнка каким-то предметом или действием. Затем дать ему немного поиграть. Проговорить вслух: «(Имя), я сейчас у тебя заберу [предмет]. Осталось играть немного, чуть-чуть, и все!». После чего забрать у него этот предмет. Обязательно ждать, чтобы ребёнок сам проявил инициативу по отношению к этому предмету: потянулся к нему, сказал: «Дай» и т. д. после чего дать ему полную вербальную подсказку: « Я хочу [предмет]». Добиваемся, чтобы ребёнок повторил, после чего отдаем этот

предмет. Это может быть также просьба о взаимодействии (совместная игра) или просьба о помощи.

После этого можно начинать тренировать просьбу в пространстве. Начинаем понемногу уходить от ребёнка и отворачиваться от него. Его задача – подойти, привлечь внимание и попросить предмет. Здесь можно использовать помощь стороннего человека (тьютора/помощника воспитателя). Сопровождающий помогает (молча, не контактируя с ребёнком) подойти к человеку, у которого находится предмет, потрогать его (похлопать по плечу), посмотреть на него и попросить предмет. Начинать тренировку данной просьбы следует с короткого расстояния и быстрого реагирования. Когда ребёнок научится сам подходить и привлекать внимание на коротком расстоянии, можно отодвигаться чуть дальше и реагировать чуть медленнее. Сопровождающий должен оказывать помощь по мере необходимости. Очень важно постепенно уменьшать подсказку до полного ее отсутствия. Движение в пространстве продолжаем вплоть до выхода из кабинета.

Продолжаем так тренировать до тех пор, пока ребёнок не попросит предмет сам, пройдя из одного кабинета в другой и привлекая внимание приемлемым способом. После чего следует добавить к просьбе имя человека, который этот предмет держит. То есть теперь просьбы должны выглядеть так: «Мама (папа, и т.д.), я хочу [предмет]». Тренируем так же, как на предыдущем этапе. Здесь очень важно, чтобы ребёнок учился просить у разных людей: сначала у мамы, потом у папы, потом еще у кого-нибудь. То есть сейчас важно, чтобы он видел, у кого находится предмет и ориентировался на него.

Также необходимо перестать реагировать на просьбы ребёнка, когда они не обращены напрямую к человеку, чтобы не возвращаться на предыдущую ступень.

Обязательно все результаты необходимо заносить в таблицы для отслеживания количества просьб.

Чтобы обучение было эффективным и не возникало нежелательного поведения, надо отрабатывать навык просьб не менее 50 раз в день.

Если ребёнок просит один предмет, а на самом деле хочет другой, то используется *процедура коррекции ошибки*:

1. Ребёнок просит предмет неправильно.
2. Мы даем ему полную вербальную подсказку.
3. Ребёнок повторяет.
4. Мы говорим: «Правильно! Молодец!», но предмет не отдаем.
5. После этого, мы делаем с ребёнком какую-нибудь отвлекающую инструкцию. Например, «сделай так же» или «попрыгай» и т. д.
6. После этого продолжаем держать предмет в руке, ребёнок просит правильно. Отдаем ему предмет.
7. Если ребёнок попросил неправильно, то мы проводим процедуру коррекции ошибки еще раз.

Отказ от предмета и действия.

Обязательно надо тренировать отказ от предмета или действия социально приемлемым способом.

Например, когда ребёнок не хочет что-то делать, он может начать гримасничать или активно двигать на стуле. Надо, чтобы он вместо этих действий мог сказать: «Не хочу».

Например, мы достаем карточки для занятий, ребёнок начинает заметно нервничать. Даем полную вербальную подсказку: «Не хочу». Ребёнок повторяет, мы убираем карточки. Продолжаем делать так до тех пор, пока он не научиться говорить «не хочу» сам.

Необходимо использовать отказ таким образом в любой другой ситуации, когда ребёнок не хочет что-то делать, или ему не нравится еда, которую ему предлагают, или одежда, которую на него надевают.

Тренировать отказ надо не менее 40 раз в день.

Для тренировки сюжетной игры необходимо два одинаковых набора игрушек. Например, у педагога в руках кукла, и у ребёнка тоже. Педагог

заплетает свою куклу, а он заплетает свою с помощью отдельной расчёсочки и резинок. То есть задача состоит в том, чтобы ребёнок просто повторял за педагогом действия с игрушками. По мере освоения сюжетных игр, убираем имитацию и предлагаем ребёнку продолжить сюжет.

Таким образом, мною была составлена, организована и проведена система коррекционной работы по предупреждению агрессивного поведения у дошкольников с расстройствами аутистического спектра средствами арт-терапии и АВА-терапии. Результаты данной работы и сравнение показателей представлены в третьей главе.

ГЛАВА 3. ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

3.1. Анализ результатов исследования

Для объективной оценки результатов коррекционной работы мною повторно использованы методики диагностики агрессивности, её природы, интенсивности и направленности, описанные в параграфе 2.1. А именно: рисуночный тест «Кактус»⁸, тест руки Вагнера, наблюдение за детьми и опрос педагогов.

Стоит заметить, что данная программа рассчитана на более долгий срок реализации. В этом случае могут быть получены более полные и выверенные результаты.

Тем не менее, считаю необходимым провести сравнение результатов исследования.

Таблица 2

Сравнение результатов исследования

Вика	
<i>Было</i>	<i>Стало</i>

⁸ См. Приложение 2

1.Экстрапунитивность ⁹ . 2. Самозащита. 3.Непринятие вины, агрессивная самозащита, перенос вины на других. 4.Ругательства. 5.Может замахнуться, ударить другого ребёнка. 6.Импульсивность. 7.Гримасы. 8.Неадекватное игровое взаимодействие со сверстниками. Отбирает игрушки.	1.Экстрапунитивность. 2. Самозащита. 3. Чаще стала признавать неправоту, если неправа – нервничает, но не злится. Перенос сохранился. 4.Начала самостоятельно замечать, что это плохо, когда разбираем вместе сюжет сказки. Сама использует. 5. Поведение сохранилось, однако теперь, если замечает на себе взгляд педагога, начинает оправдываться. В сказках, играх
--	---

Продолжение Таблицы 2

9.Плохо различает чувства, не умеет с ними справляться. 10. Стил рисования: сильный нажим, отказ следовать инструкции, много желтого и черного цветов + розовый и красный. Плохо видит края. Слабо даётся сюжетный рисунок.	и сюжетах лучше различает адекватные/неадекватные действия. 6.Импульсивность. Иногда замирает перед «всплеском», ждёт реакции педагога. 7.Сохранились как часть компенсаторного механизма. Теперь понимает, что для адекватного ответа должна быть адекватная просьба. Иногда контролирует себя. 8.Стала чаще предлагать совместные игры, делиться игрушками. 9.Стала лучше различать чувства персонажей на картинках, иногда и в реальной жизни. На слух (сказки, игры) ещё не воспринимает, начинает неадекватно фантазировать. 10. Много самовольного фантазирования, к цветам стала добавлять зеленый и синий. Заинтересовалась в сюжетном рисунке.
--	--

Саша

<i>Было</i>	<i>Стало</i>
1.Импунитивность ¹⁰ . 2.Незаинтересованность в коммуникации. 3.Фиксация на удовлетворении потребностей, упрямство. 4.Неадекватная игра. 5.Неумение интерпретировать чувства окружающих. 6.В рисунках однообразие, отсутствие сюжета. 7.Незаинтересованность в познавательной деятельности. 8. Стил рисования: движения	1.Импунитивность. 2.Чаще стал проявлять интерес к сверстникам и их деятельности. 3.Поведение сохранилось. Сопряжённо с педагогом научился просить. 4.Научился коллективным подвижным играм, иногда самостоятельно вступает в игры сверстников. Неадекватное поведение осталось. 5.Самостоятельно различает эмоции по картинкам. На слух и непосредственно в ситуации не воспринимает.

⁹ Экстрапунитивность – склонность перекладывать вину за неудачи на других людей [44].

¹⁰ Импунитивность – восприятие фрустрирующей ситуации как чего-то незначительного или неизбежного, преодолимого со временем; обвинение окружающих или самого себя отсутствует [44].

размашистые, нецеленаправленные, цвета: красный и синий, нажим непостоянный.	6.Так же. 7. Благодаря мотивационным стимулам старательнее занимается, выполняет инструкции педагога. 8.Стал внимательнее во время рисования, лучше соблюдает границы, нажим стал ровнее.
--	---

Таким образом, можно сделать вывод, что разработанная коррекционная программа может успешно применяться для детей с РАС, в том числе для детей с нарушением эмоционально-волевой сферы и поведения.

Для реализации программы необходим более длительный временной промежуток. Важным нюансом является согласованность всех участников образовательного процесса. Единство требований, достойные примеры поведения и ровный спокойный эмоциональный фон – необходимые элементы воспитания и развития любого ребёнка, особенно – данной категории. Достичь этого можно, проводя дополнительные консультации для родителей в ДОУ, мотивируя педагогов к качественной работе, повышению уровня знаний, развитию эмоционального интеллекта и уважения к детям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной специальной педагогике довольно остро стоит проблема обучения и воспитания детей с аутизмом. Она вызывает множество дискуссий, так как до настоящего момента нет точных данных о причине возникновения данного нарушения. Тем более пугающими кажутся цифры – 1:68. Именно такую статистику опубликовали американские эпидемиологи [15].

Основные прогрессивные исследования в области коррекции аутизма в настоящий момент принадлежат США и европейским странам. В России данная проблема только начинает занимать всё большее внимание общественности. Создаются фонды помощи, открываются ресурсные классы, печатаются издания, освещающие проблему РАС.

Наверное, самой главной спецификой данного нарушения можно назвать индивидуальность проявлений. Невозможно найти такую методику, которая подошла бы каждому ребёнку с аутизмом, или хотя бы большинству. Это отражается в ключевой дефиниции – расстройство аутистического спектра. Спектр – это огромное количество вариаций: у каждого своя история, свои предпочтения, свои аффективные реакции и способы компенсации. Такие люди «неудобны», потому что не похожи на большинство.

Одной из таких «неудобных» особенностей аутистов являются агрессия. Мы часто забываем, что агрессия не возникает «просто так», без причины. Всегда есть некий катализатор, запускающий защитную реакцию психики. Очень важно вовремя разобраться в причинах, обозначить круг ситуаций, запускающих агрессивное поведение. И прорабатывать их. Обучать предупреждению травмирующей ситуации, выходу из неё, развивать эмоциональный интеллект, заинтересованность в адекватных способах

коммуникации, методах абстрагирования. Не менее важны релаксационные методики, позволяющие снимать напряжение.

По моему мнению, наиболее подходящими методиками для коррекции агрессивного поведения являются арт-терапия и АВА-терапия, так как они наиболее разнообразны по формам, методам и средствам воздействия, и включают в себя элементы других методик (например, релаксация во время прослушивания музыкальной композиции, обучение игре через систему поощрений и т. д.).

Для подтверждения данной гипотезы мною была разработана программа коррекционной работы и проведён ряд занятий по плану. Результаты показали, что арт-терапевтические приёмы, являясь наиболее «мягкими» по воздействию, больше подходят для детей с эмоциональным типом реагирования на аффективную ситуацию. С её помощью можно научить ребёнка различать свои и чужие эмоции и переживания, научить состраданию, нормам поведения, обучить способам снятия напряжения, в том числе социально одобряемым формам выхода эмоции злости.

АВА-терапия является наиболее подходящей для детей неэмоционального, импунитивного типа реагирования, у которых имеется фиксация на удовлетворении потребностей и/или слабая мотивация к социально-коммуникативному взаимодействию. С помощью системы поощрений, правильно подобранных мотивационных стимулов, можно добиться исполнения инструкций педагога, заинтересованности в образовательном процессе и процессе коммуникации, а также обучить социально приемлемым способам построения коммуникации, элементарному умению выражать свою просьбу, обращаться.

Была проведена апробация программы и системы занятий по коррекции агрессивного поведения у экспериментальной группы детей. Для получения качественных данных группа испытуемых была диагностирована до и после проведения коррекционной работы. Результаты работы

представлены в главах 2, 3, а также в приложении 2. Считаю, что цель исследования достигнута, задачи выполнены.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агрессия и аутоагрессия у детей с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс]. – URL : <https://multiurok.ru/blog/aghriessiia-i-autoaghriessiia-u-dietiei-s-rasstroistvami-autistichieskogho-spiektra.html> (дата обращения: 20.02.2019)
2. Аутизм: методические рекомендации по психолого-педагогической коррекции [Текст] : сборник методических работ / М. К. Бардышевская, Н. В. Бардышевский, и др. // Под ред. С. А. Морозова. – М. : Сигналь, 2001. – 183-186 с.
3. Башина, В. М. Ранний детский аутизм. Исцеление [Текст] / В. М. Башина. – М. , 1993. – С. 154-165.
4. Бейкер, Б. Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам [Текст] / Б. Бейкер, А. Брайтман. – М.: Теревинф, 2006. – 497 с.
5. Блейлер, Э. Аутистическое мышление [Текст] / перевод с нем. и предисл. д-ра Я. М. Когана. – Одесса, 1927. – 81 с.
6. Веденина, М. Ю. Обзор основных зарубежных подходов к оказанию психолого-педагогической помощи детям с аутизмом [Электронный ресурс] / М. Ю. Веденина // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №19. – URL : <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/obzor-osnovnyh-zarubezhnyh-podhodov-k> (дата обращения: 15.04.2019)
7. Вопрос-ответ. Что такое структурированное обучение для детей с аутизмом? [Текст] : Наиболее известный метод для организации учебы детей с аутизмом / Сьюзан Стоукс // Пер. на русск. язык Марина Бридли. – URL : <https://outfund.ru/strukturirovanное-obuchenie-dlya-detej-s-autizmom/> (дата обращения: 26.01.2019)
8. Выготский, Л. С. Психология искусства [Текст] / Сост., авт. послесл. М. Г. Ярошевский; под ред. М. Г. Ярошевского; подгот. текста и коммент. В.

В. Умрихина. – М. : Педагогика, 1987. – 345 с.

9. Детский аутизм [Текст] / InMinds журнал о психологии. – URL : <http://www.inminds.ru/fmad-650.html> (дата обращения: 3.12.18)

10. Детский аутизм [Текст] : хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. – СПб. : Международный университет семьи и ребенка им Р. Валленберга, 1997. – 254 с.

11. Диагностика эмоционально-нравственного развития [Текст] : практикум по психодиагностике / Сост. и ред. И. Б. Дерманова. – СПб. : Речь, 2002. – С. 150–172.

12. Ениколопов, С. Н. Понятие агрессии в современной психологии [Текст] / С. Н. Ениколопов // Прикладная психология. – 2001. – № 1. – С. 60–71.

13. Интервью. Лечение аутизма – настоящее и будущее [Текст] / Брайан Кинг // Фонд содействия решению проблем аутизма в России «Выход» .– URL : <https://outfund.ru/lechenie-autizma-nastoyashhee-i-budushhee/> (дата обращения: 17.04.2019)

14. Использование зарубежных программ в коррекции безречевых детей с аутизмом [Текст] / О. В. Скробкина-Курманова // Аутизм и нарушения развития. – № 3. – 2006. – с. 12-17.

15. Исследование. Уровень аутизма в США: 1 ребенок из 68 [Электронный ресурс] / Мириам Фалко. – URL : <https://outfund.ru/uroven-autizma-v-ssha-1-rebenok-iz-68/> (дата обращения: 15.04.2019)

16. Каган, В. Е. Аутизм у детей [Текст] / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 208 с.

17. Киселева, М. В. Арт-терапия в работе с детьми [Текст] : руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М. В. Киселева. – СПб. : Речь, 2006. – 160 с.

18. Копытин, А. И. Теория и практика арт-терапии [Текст] / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2002. – 368 с.

19. Краткий психологический словарь [Текст] / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – Ростов н/Д. : Феникс, 1999. – 494 с.
20. Лаврентьева, Г. П. Практическая психология для воспитателя [Текст] / Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко. – Киев : Випол, 1992. – С. 7–13.
21. Лебедева, Л. Д. Практика арт-терапии [Текст] : подходы, диагностика, система занятий / Л. Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003. – 256 с.
22. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма [Текст] / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М. : Просвещение, 1991. – 96 с.
23. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей [Текст] : Учебное пособие / В. В. Лебединский. – М. : МГУ, 1985. – 168 с.
24. Лебединский, В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 197 с.
25. Лечение аутизма у детей и взрослых [Текст] / Аутизм: теория и практика. – URL : <https://aba-kurs.com/lechenie-autizma-u-detej-i-vzroslyh/> (дата обращения: 26.01.2019)
26. Либлинг, М. М. Десять аргументов против АВА-терапии [Текст] / М. М. Либлинг // Дефектология. – 2014. – № 2. – с. 3-13.
27. Либлинг, М. М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом [Текст] / М. М. Либлинг. – Дефектология. – 1997. – №4. – С. 80-86.
28. Ловаас, О. И. Поведенческая терапия и нормальное образовательное и интеллектуальное функционирование детей младшего возраста с аутизмом [Текст] / О. И. Ловаас // Журнал консультаций и клинической психологии. – №55. – 1987. – С. 3-9.
29. М. Розен и Э. Мейро. Исследование группы через ее изобразительную деятельность на основе системного подхода [Электронный ресурс]. – URL : <https://lib.druzya.org/art-ter/.view-rozen-art.txt.full.html> (дата обращения: 22.03.2019)

30. Мастюкова, Е. М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии [Текст] / Е. М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – С. 298-300.

31. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике [Текст] / Пер. на русск. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ц. Циркина. – СПб. : Оверлайд, 1994. – 300 с.

32. Мнухин, С. С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей [Текст] / С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев // Детский аутизм : хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. – СПб. : Дидактика Плюс, 2001. – С. 25-32.

33. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи [Текст] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2010. – 288 с.

34. О книге О. Ивара Ловааса «Обучение детей с нарушениями развития» [Текст] / Л. Г. Бородина // Аутизм и нарушения развития. – № 3. – 2005. – с. 7-22.

35. Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии [Текст] : Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 г. Москва // российская газета. – 2013. – URL : <https://rg.ru/2013/11/01/medkomissia-dok.html> (дата обращения: 19.04.2019)

36. Осипова, А. А. Общая психокоррекция [Текст] : Учеб. пособие для студентов вузов / А. А. Осипова. – М. : ТЦ Сфера, 2004. – 512 с.

37. Панфилова, М. А. Игротерапия общения. Тесты и коррекционные игры [Текст] : практическое пособие для психологов, педагогов и родителей / М. А. Панфилова. – М. : Издательство ГНОМ, 2013. – 160 с.

38. Психология индивидуальных различий. Тексты. [Текст] / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М. : МГУ, 1982 – 776 с.

- 39.** Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с.
- 40.** Раттер, М. Помощь трудным детям [Текст] / М. Раттер. – М., 1987. – с. 97-112.
- 41.** Сандберг, М. Л. Оценка вех развития вербального поведения и построение индивидуального плана вмешательства VB-MAPP [Текст] / М. Л. Сандберг. – Руководство, 2008. – 276 с.
- 42.** Сбор данных ABC [Электронный ресурс] / Ю. М. Эрц. – URL : <http://autism-aba.blogspot.com/2012/10/abc-data-collection.html#ixzz5oglyarkp> (дата обращения: 6.04.2019)
- 43.** Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка [Текст] / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с.
- 44.** Словарь практического психолога [Текст] / Сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1998. – 551 с.
- 45.** Спиваковская, А. С. Нарушения игровой деятельности [Текст] / А. С. Спиваковская. – М. : МГУ, 1980. – 133 с.
- 46.** Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья [Текст] : Т. 1 / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель Пресс: Эксмо-Пресс, 2000. – 304 с.
- 47.** Фрост, Л. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS) [Текст] : руководство для педагогов / Л. Фрост, Э. Бонди. – М.: Теревинф, 2011. – 416 с.
- 48.** Хоментаскас, Г. Т. Отражение межличностных отношений в диагностическом рисунке семьи [Текст] : Автореф. дисс. канд. психол. наук. / Г. Т. Хоментаскас. – М., 1985. – 24 с.
- 49.** Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА [Текст] / Роберт Шрамм // Пер. с англ. З. Измайловой-Камар; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2013. – 208 с.
- 50.** Эрц-Нафтульева, Ю. М. Проведение процедуры «функциональный анализ поведения» для определения причин аутоагрессии у ребенка с РАС [Текст] / Ю. М. Эрц-Нафтульева, Е. Б. Жесткова // Аутизм и

нарушения развития : научно-практический журнал. – 2014. – № 4 (45). – С. 24-31.

51. Юдина, В. А. Авторская программа коррекции агрессивного поведения с использованием методов арт-терапии [Электронный ресурс] / В. А. Юдина –URL : <http://doc.knigi-x.ru/22pedagogika/206328-1-avtorskaya-programma-korrekcii-agressivnogo-povedeniya-ispolzovaniem-metodov-art-ter.php> (дата обращения: 22.03.2019)

52. Autism genetics, explained [Текст] / Nicholette Zeliadt. – URL : <http://www.spectrumnews.org/news/autism-genetics-explained/> (дата обращения: 3.12.18)

53. Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact [Текст] / L. Kanner // The Nervous Child. – 1943. – № 2. – P. 217-250.

54. Schopler, E. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) [Текст] / Schopler E., Reichler R., DeVellis R., Daly K. // J. Autism Dev. – Dis., 1980. – № 10. – P. 91–103.

55. Wagner, E. E. Hand Test: Manual for administration, scoring and interpretation [Текст] / Edwin E. Wagner. – Los Angeles : Western Psychological Services, 1962. – 62 с.

Диагностический инструментарий для определения уровня агрессивности

Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга (детский вариант)

Проведение обследования: ребенку поочередно предъявляется 15 карточек, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации переходящего типа и зачитывается следующая инструкция: «На картинке изображены 2 персонажа. Представь, что те слова, которые говорит взрослый или сверстник обращены к тебе. Что бы ты ответил ему в данной ситуации?». Все ответы испытуемых заносятся в регистрационный лист.

Процедура обработки результатов. Каждый из полученных ответов оценивается, в соответствии с теорией, Розенцвейга, по двум критериям: по направлению реакции (агрессии) и по типу реакции.

По направлению реакции подразделяются на:

а) Экстрапунитивные: реакция направлена на живое или неживое окружение, обсуждается внешняя причина фрустрации, подчеркивается степень фрустрирующей ситуации, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица.

б) Интропунитивные: реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя.

в) Импунивные: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует.

Реакции различаются также с точки зрения их типов:

Препятственно-доминантные. Тип реакции «с фиксацией на препятствии». Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески

акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные.

Самозащитные. Тип реакции «с фиксацией на самозащите». Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонения от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана.

Необходимо-упорствующим. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности». Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо требования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению.

Для обозначения направления реакции используются буквы: Е - экстрапунитивные реакции, I - интропунитивные реакции, М - импунитивные. Типы реакций обозначаются следующими символами: OD - «с фиксацией на препятствии», ED - «с фиксацией на самозащите», NP - «с фиксацией на удовлетворение потребности».

Из сочетаний этих шести категорий получают девять возможных факторов и два дополнительных варианта.

Далее вычисляется GCR - коэффициент групповой конформности, или, иначе говоря, мера индивидуальной адаптации субъекта к своему социальному окружению. Он определяется путем сравнения ответов испытуемого со стандартными величинами, полученными путем статистического подсчета.

Тест «Рисунок семьи»

Задание

Дайте ребенку лист бумаги для рисования формата А4, простой карандаш, ластик. Попросите ребенка нарисовать семью, включая его самого, а также предложите ему – по его желанию – добавить к рисунку и другие

детали. Инструкция может быть еще более простой, если сказать только: «Нарисуй свою семью».

Когда рисунок будет закончен, необходимо попросить ребенка идентифицировать нарисованные фигуры, а для себя отметить последовательность, с которой ребенок их рисовал.

ВАЖНО! Не следует просить ребенка нарисовать семью непосредственно после семейных ссор; контролировать или подсказывать во время рисования, а также обсуждать с кем-либо полученный результат при ребенке.

Кроме порядка изображения членов семьи, важно заметить, как сильно ребенок нажимает на карандаш, рисуя того или иного члена семьи, каково соотношение размера рисунка к размеру листа, а также как долго ребенок рисует.

Критерии оценки рисунка: ощущение от рисунка, последовательность рисования членов семьи; кто первый, кто последний; графическое изображение: кто выделен нажимом или цветом – этот член семьи в данный момент более значим; пропущен ли кто-то из членов семьи (с этим человек тяжелые эмоциональные отношения); размер членов семьи; стирает ли, исправляет ли, добавляет ли комментарии; если рисует себя и какую-то часть тела выделяет, значит испытывает эмоциональное напряжение в этой части тела; разделение между членами семьи (столбы, травка, деревья и пр.); паузы между рисованием членов семьи: более 15 секунд; если просим рисовать семью, а рисует других – травма, избегание; если увеличивает кол-во членов семьи – неудовлетворенность, нехватка общения; все за руки на рисунке – благополучие в семье; обратить внимание у кого не прорисовано лицо – эмоциональное отвергаемое отношение; большая голова – по мнению ребенка, самый умный в семье; то, что зачеркивает – вызывает тревогу; можно попросить сочинить сказку по рисунку (для терапии).

Кроме порядка изображения членов семьи, важно заметить, как сильно ребенок нажимает на карандаш, рисуя того или иного члена семьи, каково

соотношение размера рисунка к размеру листа, а также как долго ребенок рисует.

Начинать оценку рисунка лучше всего с тестовых показателей.

Тестовые показатели (показатели психомоторного тонуса)

Нажим карандаша

Слабый нажим – низкая самооценка, иногда пассивность; депрессия.

Сильный нажим – высокая самооценка, иногда импульсивность, эмоциональная напряженность.

Очень сильный нажим (карандаш рвет бумагу) – гиперактивность, агрессивность.

Изменчивый нажим – показатель эмоциональной неустойчивости ребенка.

Значение линий и штриховки

Широкие штрихи или мазки, масштабность изображения – отсутствие предварительных набросков и дорисовок говорят об уверенности и решительности автора рисунка.

Неустойчивое, смазанное изображение, содержащее множество отчетливых пересекающихся линий – свидетельствует о повышенной возбудимости и гиперактивности ребенка.

Линии, не доведенные до конца – указывают на импульсивность, эмоциональную неустойчивость.

Штриховка, выходящая за контуры фигуры – показатель эмоциональной напряженности ребенка.

Расположение рисунка

Расположение рисунка в *нижней* части листа означает заниженную самооценку.

Соответственно, если рисунок расположен в *верхней* части листа, можно говорить о завышенной самооценке.

Интерпретация рисунка

1. *Минимум деталей, выполненных в рисунке*, говорит о замкнутости ребенка, а чрезмерное количество деталей свидетельствует о его скрытом беспокойстве.

2. *Член семьи, вызывающий у ребенка наибольшую тревожность*, может быть нарисован либо очень толстой линией, либо тоненькой, дрожащей.

3. *Размер изображенного родственника, животного или предмета* говорит о его значимости для ребенка. Например, собака или кошка размером больше родителей свидетельствуют о том, что отношения с родителями стоят на втором месте. Если папа намного меньше мамы, то отношения с мамой для ребенка первостепенны.

4. *Если ребенок нарисовал себя маленьким, невзрачным*, то у него в данный момент низкая самооценка; если же *собственное изображение крупно*, можно говорить об уверенности ребенка в себе и задатках лидера. Очень маленькая, беспомощная фигурка ребенка, помещенная в окружении родителей, может выражать необходимость заботы о нем.

5. Если кого-то из членов семьи ребенок не нарисовал, это может означать негативное отношение к этому человеку и полное отсутствие эмоционального контакта с ним.

6. *Тот, кого ребенок нарисовал ближе всех к собственному изображению, наиболее ему близок*. Если это человек, то он изображается взявшимся за руки с фигурой, соответствующей тестируемому ребенку.

7. *В представлении ребенка наиболее умный человек* имеет самую большую голову.

8. *Большие расширенные глаза в рисунке ребенка* – знак просьбы о помощи или беспокойства о чем-либо. Глаза-точечки или щелочки ребенок рисует человеку, по его мнению, независимому и не просящему о помощи.

9. Человек, нарисованный *без ушей* – символ того, что он «не слышит» ребенка или вообще никого в семье.

10. Человек с открытым большим ртом воспринимается ребенком как источник угрозы.

Ртом-черточкой обычно наделяется человек, скрывающий свои чувства и не способный влиять на других.

11. Чем больше у человека руки, тем могущественнее он в глазах ребенка. Чем больше пальцев на руках, тем более сильным и способным является для ребенка человек.

12. Ноги, нарисованные как бы повисшими в воздухе, не имеющими опоры, принадлежат человеку, который, по мнению ребенка, не имеет самостоятельной опоры в жизни.

13. Отсутствие рук и ног у человека часто свидетельствует о сниженном уровне интеллектуального развития, а отсутствие только ног – на низкую самооценку.

14. Наименее значимый персонаж обычно помещается в стороне от всех и имеет нечеткие очертания фигуры, иногда стирается ластиком после начала рисования.

Рисунок говорит о благополучном состоянии ребенка

1. Если ребенок с удовольствием взялся рисовать семью.

2. Если фигуры изображены в пропорциональном соотношении: соблюдается относительный рост родителей и детей, соответственно их возрасту.

3. Если ребенок изображает всех членов семьи без исключения.

5. Если все фигуры расположены на одном уровне, изображены взявшимися за руки (возможны некоторые вариации в том же смысле).

6. Если при раскрашивании рисунка ребенок выбирает яркие, насыщенные тона.

Рисунок отражает тревожные сигналы во взаимоотношениях

1. Если ребенок отказывается рисовать, это знак того, что с семьей связаны неприятные воспоминания.

2. Чрезмерно большие пропорции родителей – показатель их авторитарности, стремления командовать детьми.

3. Если ребенок нарисовал себя большим, это показатель того, что он ориентирован на себя, а также показатель конфронтации с родителями.

4. Чрезвычайно маленькое изображение ребенка свидетельствует о его малой значимости в семье.

5. Рисуя себя в последнюю очередь, ребенок демонстрирует тем самым свой заниженный статус среди других членов семьи.

6. Если на рисунке ребенок нарисовал всех членов семьи, кроме себя, то это говорит о чувстве собственной неполноценности или ощущении отсутствия общности в семье, снижении самоуважения, подавлении воли к достижениям.

7. Если ребенок изобразил только себя, можно говорить об эгоцентричности, присущей этому ребенку, свойственной ему убежденности, что все члены семьи обязаны думать только о нем, а ему ни о ком из них думать не обязательно.

8. Очень маленькое изображение всех членов семьи – признак тревоги, депрессии, подавленности.

9. Изображение всех членов семьи в ячейках – знак отчуждения и отсутствия дружбы, общности в семье.

10. Если ребенок изображает себя с закрытым руками лицом, так он выражает нежелание находиться в семье.

11. Заштрихованная голова (ракурс со спины) ребенка означает, что он погружен в себя.

12. Изображение больших рта, губ у себя – признак скрытой агрессии.

13. Если ребенок начинает с изображения ног и ступней, это также можно отнести к признакам тревоги.

14. Тревожным сигналом является преобладание в рисунке темных тонов: черного, коричневого, серого, фиолетового.

Наличие других деталей на рисунке

Изображение солнца или осветительных приборов – показатель отсутствия тепла в семье.

Изображение ковра, телевизора и других предметов быта говорит о предпочтении, оказываемом им ребенком.

Если ребенок рисует куклу или собаку, – это может означать, что он ищет общения с животными и игрушками из-за нехватки тепла в семье.

Облака, и особенно тучи, могут являться признаком отрицательных эмоций у ребенка.

Изображая дом вместо семьи, ребенок выражает свое нежелание находиться в семье.

Цвет в рисунке

Очень часто ребенок проявляет желание раскрасить рисунок. В этом случае ему следует дать коробку цветных карандашей (не менее 12 цветов) и предоставить полную свободу. Что означают цвета, и о чем может рассказать дополнительно раскрашенный рисунок?

1. Яркие, светлые, насыщенные цвета указывают на высокий жизненный тонус ребенка и его оптимизм.

2. Преобладание серых и черных цветов в рисунке подчеркивает отсутствие жизнерадостности и говорит о страхах ребенка.

3. Если ребенок раскрасил себя в какой-то один цвет, и если этот цвет повторяется в изображении другого члена семьи, значит, ребенок испытывает к нему особенную симпатию.

4. Отказ использовать цветные карандаши может означать низкую самооценку и тревожность.

5. Предпочтение красных тонов в рисунке говорит об эмоциональной напряженности ребенка.

Беседа с ребенком по рисунку:

1. Кто изображен на твоём рисунке?

2. Что они делают?

3. Кто из них самый счастливый и почему?

4. Кому грустно и почему?

Тест руки Вагнера

Инструкция к тесту

«Внимательно рассмотрите предлагаемые Вам изображения и скажите, что, по Вашему мнению, делает эта рука?»

Если испытуемый затрудняется с ответом, ему предлагается вопрос: «Как Вы думаете, что делает человек, которому принадлежит эта рука? На что способен человек с такой рукой? Назовите все варианты, которые можете себе представить».

Примечание

Стимульный материал – стандартные 9 изображений кисти руки и одна без изображения, при показе которой просят представить кисть руки и описать ее воображаемые действия.

Изображения предъявляются в определенной последовательности и положении.

При нечетком и двусмысленном ответе просят пояснения, спрашивают: «Хорошо, а что еще?», но не навязывают никаких специфических ответов. Если экспериментатор чувствует, что его действия встречают сопротивление, рекомендуется перейти к другой карточке.

Держать рисунок-карточку можно в любом положении.

Число вариантов ответов по карточке не ограничивается и не стимулируется так, чтобы вызвать сопротивление испытуемого. Желательно получить четыре варианта ответов. Если число ответов меньше, уточняете, нет ли желания еще что-либо сказать по данному изображению руки, а в протоколе, например, при единственном варианте ответа проставляется его обозначение со знаком *4, т. е. этот единственный безальтернативный ответ оценивается в четыре балла вместо одного.

Важно во всех возможных случаях (если испытуемый не выражает протеста) максимально снижать неопределенность ответа, наполнять смыслом высказывания типа «кто-то, что-то, кому-то» и т. п.

Все ответы фиксируются в протоколе. Помимо записи ответов регистрируется положение, в котором обследуемый держит карточку, а также время с момента предъявления стимула до начала ответа.

Обработка и интерпретация результатов теста

При обработке полученных результатов каждый ответ испытуемого относят к одной из 11 категорий.

Агрессия (а). Рука воспринимается как доминирующая, наносящая повреждение, активно захватывающая какой-либо предмет, совершающая агрессивное действие (щиплющая, дающая пощечину, давящая насекомое, готовая нанести удар и т. п.).

Указание (у). Рука участвует в действии императивного характера: ведет, направляет, препятствует, господствует над другими людьми (дирижирует оркестром, дает указание, читает лекцию, учитель говорит ученику: «выйди вон», милиционер останавливает машину и т. п.).

Страх (с). Рука выступает в ответах как жертва агрессивных проявлений другого лица или стремится оградить кого-либо от физических воздействий; может восприниматься в качестве наносящей повреждение самой себе. В эту категорию также включаются ответы, содержащие тенденции к отрицанию агрессии (не злая рука; кулак сжат, но не для удара; поднятая в страхе рука; рука, отвращающая удар и т. п.).

Эмоциональность (э). Рука выражает любовь, позитивные эмоциональные установки к другим людям; участвует в действии, выражающем привязанность, положительное отношение, благожелательность (дружеское рукопожатие; похлопывание по плечу; рука, гладящая животное, дарящая цветы; обнимающая рука и т. п.).

Коммуникация (к). Рука участвует в коммуникативном действии: обращается к кому-либо, контактирует или стремится установить контакты. Общающиеся партнеры находятся в положении равенства (жестикуляция в разговоре, язык жестов, показывает дорогу и т. п.).

Зависимость (з). Рука выражает подчинение другим лицам: участвует в коммуникативном действии в позиции «снизу», успех которого зависит от благожелательного отношения другой стороны (просьба; солдат отдает честь офицеру; ученик поднял руку для вопроса; рука, протянутая за милостыней; человек останавливает попутную машину и т. п.).

Демонстративность (д). Рука разными способами выставляет себя на показ, участвует в явно демонстративном действии (показывает кольцо, любителю маникюром, показывает тени на стене, танцует, играет на музыкальном инструменте и т. п.).

Увечность (ув). Рука повреждена, деформирована, больна, неспособна к каким-либо действиям (раненая рука, рука больного или умирающего, сломанный палец и т. п.).

Активная безличность (аб). Рука участвует в действии, не связанном с коммуникацией; однако рука должна изменить свое физическое местоположение, приложить усилие (вдевает нитку в иголку, пишет, шьет, ведет машину, плывет и т. п.).

Пассивная безличность (пб). Рука в покое, либо наблюдается появление тенденции к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека, но при этом рука все же не изменяет своего физического положения (лежит, отдыхая; спокойно вытянута; человек облокотился на стол; свесилась во время сна; и т. п.).

Описание (о). В эту категорию входят описания руки без указания на совершаемые ею действия (пухлая рука, красивая рука, рука ребенка, рука больного человека т. п.).

При категоризации возможна определенная однозначность, однако предполагается, что она не существенно влияет на окончательную интерпретацию.

Графическая методика «Кактус»

Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются. Ребенку дается столько времени, сколько ему необходимо. По завершении рисования

с ребенком проводится беседа.

Можно задать вопросы, ответы на которые помогут уточнить интерпретацию:

1. Кактус домашний или дикий?
2. Его можно потрогать? Он сильно колется?
3. Кактусу нравится, когда за ним ухаживают: поливают, удобряют?
4. Кактус растет один или с каким то растением по соседству? Если растет с соседом, то, какое это растение?
6. Когда кактус вырастет, что в нем изменится?

Обработка результатов и интерпретация

При обработке результатов принимаются во внимание данные, соответствующие всем графическим методам, а именно:

- пространственное положение;
- размер рисунка;
- характеристики линий;
- сила нажима на карандаш.

Агрессия – наличие иголок, особенно их большое количество. Сильно торчащие, длинные, близко расположенные друг к другу иголки отражают высокую степень агрессивности.

Импульсивность – отрывистые линии, сильный нажим.

Эгоцентризм, стремление к лидерству – крупный рисунок, в центре листа.

Зависимость, неуверенность – маленький рисунок внизу листа.

Демонстративность, открытость – наличие выступающих отростков, необычность форм.

Скрытность, осторожность - расположение зигзагов по контуру или внутри кактуса.

Оптимизм - использование ярких цветов, изображение «радостных» кактусов.

Тревога - использование темных цветов, преобладание внутренней штриховки, прерывистые линии.

Женственность - наличие украшения, цветов, мягких линий, форм.

Экстравертированность - наличие других кактусов, цветов.

Интровертированность - изображен только один кактус.

Стремление к домашней защите, чувство семейной общности - наличие цветочного горшка, изображение домашнего кактуса.

Стремление к одиночеству - изображен дикорастущий кактус, пустынный кактус.







